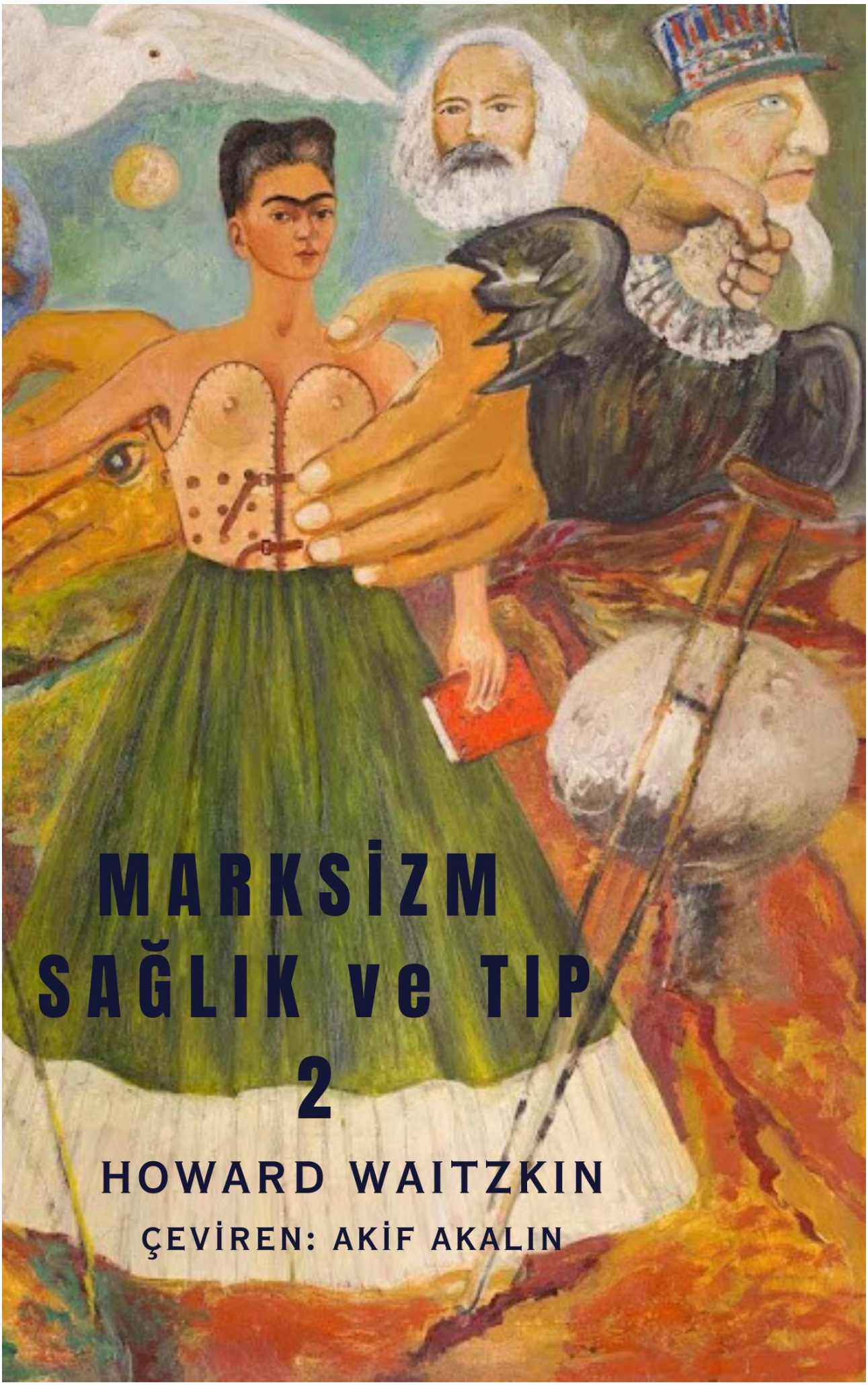


MARKSİZM SAĞLIK ve TIP 2

HOWARD WAITZKIN

ÇEVİREN: AKİF AKALIN

Marksizm, Sağlık ve Tıp 2

Howard Waitzkin

Çeviri: Akif Akalın

ÇANAKKALE
2026

İÇİNDEKİLER

Önsöz **5**

Tıbbi Bakıma Marksist Bir Bakış Açısı (H. Waitzkin) **7**

Alanın Tarihsel Gelişimi 8

Sınıf Yapısı 11

Sağlık Sektöründe Tekelci Sermayenin Ortaya Çıkışı 15

Çıkar Grubu Politikası 17

Devlet ve Devlet Müdahalesi 19

Tıbbi İdeoloji 24

Karşılaştırmalı Uluslararası Sağlık Sistemleri 27

Tarihsel Maddeci Epidemiyoloji 31

Sağlık Uygulamaları 33

Hastalıkların Toplumsal Kökenleri: İhmal Edilmiş Bir Tarih (H. Waitzkin) **51**

Friedrich Engels 53

Rudolf Virchow 60

Salvador Allende 71

Yakınlaşma, Ayrışma 81

Sonuç 89

Bilim, Tıp ve Sağlık (A. Akalın) **92**

İlaca Toplumcu Yaklaşım (A. Akalın) **100**

Tıbbi Teknolojinin Politik Ekonomisi (A. Akalın) **118**
Giriş 118
Kavramsal Çerçeve 123
Tıbbi Teknoloji ve İdeoloji 126
Tıbbi Teknolojinin Dinamikleri 133
Türkiye'de Tıbbi Teknoloji 144
Sonsöz 154

Kapak Fotoğrafı: Marksizm Hastaları İyileştirecek – Frida Kahlo (1954)

ÖNSÖZ

Marksizm, Sağlık ve Tıp başlıklı çalışmamızın ikinci cildinde, yine ABD'den bir duayenin, Howard Waitzkin'in iki uzun makalesinin çevirisini sunuyoruz. Waitzkin de, birinci ciltte dört makalesini çevirdiğimiz Navarro gibi kapitalist toplumlarda sağlık bakımının, siyasi güç ve ekonomik hakimiyetin yansıması olduğunu, sağlık politikalarının sermayenin çıkarlarına göre şekillendiğini savunuyor. Navarro'nun "*sağlığın sosyal belirleyicilerinin, sağlık sonuçlarını belirlemekte tıbbi müdahalelerden daha etkili olduğu*" düşüncesini paylaşıyor.

Diğer yandan Navarro daha çok sınıf ilişkileri, politik güç odaklı analizlerinde "ideolojiye" ağırlık vererek, gelişmiş batı kapitalizmi ve Sovyetler Birliği'ni incelerken, Waitzkin "praksisi", yani kuram ve eylemin birliğini öne çıkartıyor ve Latin Amerika ülkelerini inceliyor. Navarro'nun ideolojik eleştirileriyle, Waitzkin'in pratik ağırlıklı incelemeleri birbirlerini tamamlıyor.

Waitzkin, Barbara ve John Ehrenreich'ın, Eisenhower'ın "*askeri-sanayi kompleks*" kavramından esinlenerek türettiği "*tıbbi-sanayi kompleks*" kavramını, tekelci kapitalizmin sağlık kurumları üzerindeki kontrolünü anlatmakta çok iyi kullandığını görüyoruz. Ülkemizde sol içinde çok yaygın kullanılmayan bu kavramın, özellikle sağlıkta finansallaşmanın öne çıktığı günümüzde çok açıklayıcı olacağını düşünüyoruz.

André Gorz'dan ödünç aldığı "reformcu olmayan reformları" savunan Waitzkin, bu konuyu *Tıbbi Bakıma Marksist Bir Bakış Açısı* başlıklı makalesinde ayrıntılı olarak inceliyor. Bu yaklaşımı tartışmanın Türkiye'de solun sağlık alanındaki mücadelesine yol gösterebileceğine ve yeni perspektifler sunacağına inanıyoruz.

Waitzkin, bizim *Toplumcu Tıbba Giriş – Toplumcu Tıp Ders Notları* (Yazılama Yayınevi, 2013) başlıklı kitapta tartıştığımız, toplumcu tıbbın kurucuları Friedrich Engels, Rudolf Vichow ve Salvador Allende'nin yaklaşımlarını çok daha detaylı bir şekilde ele alıyor ve karşılaştırıyor. Bu okumanın özellikle "politika seçenekleri" tartışmalarına katkı sağlayacağını umuyoruz.

Howard Waitzin, 1960'lı yıllarda sol içinde oldukça güçlü bir damar oluşturan “Mao'cu” gelenekten geliyor. Sovyetler Birliği'ni “sosyal emperyalist” olarak gören bu yaklaşım, günümüzde neredeyse unutulmuştur. Okurun bu ayrıntıya takılmayacağını umuyoruz.

Birinci ciltte olduğu gibi bu ciltte de çevirilerin sonuna, Waitzkin'in makalelerinde işlediği konulara katkısı olabileceğini düşündüğümüz üç yazımızı ekledik.

Kitapçığın tıbbın ve sağlık hizmetinin emeğin gereksinimleri doğrultusunda örgütlenmesi mücadelesine katkı sağlaması umuduyla.

Akif Akalın
Ocak 2026, Çanakkale

TIBBİ BAKIMA MARKSİST BİR BAKIŞ AÇISI

Marksist tıbbi bakım çalışmaları, kapitalist toplumdaki siyasi gücü ve ekonomik egemenliği vurgular. Marksist paradigma tarihsel olarak yirminci yüzyılın başlarında karanlıkta kalmış olsa da, alan son yıllarda hızla gelişmiştir. Sağlık sistemi toplumun sınıf yapısını, sağlık kurumları üzerindeki kontrol, sağlık emekçilerinin tabakalaşması ve sağlık mesleklerine sınırlı mesleki hareketlilik üzerinden yansıtır. Tekelci sermaye kendisini tıp merkezlerinin büyümesinde, büyük şirketlerin mali nüfuzunda ve "tıbbi-sanayi komplekste" gösterir. Sağlık politikası önerileri, farklı çıkar gruplarının siyasi ve ekonomik hedeflerini yansıtır. Devletin sağlık bakımına müdahalesi genellikle kapitalist ekonomik sistemi ve özel sektörü korur. Tıbbi ideoloji, sınıf yapısını ve egemenlik desenlerini korumaya yardımcı olur. Karşılaştırmalı uluslararası araştırmalar, emperyalizmin etkilerini, sosyalizm altındaki değişiklikleri ve kapitalist toplumlardaki sağlık reformunun çelişkilerini analiz eder. Tarihsel maddeci epidemiyoloji ekonomik döngülere, sosyal strese, hastalık üreten çalışma koşullarına ve cinsiyetçiliğe odaklanır. Sağlık praksisi, bilimsel çalışma ve eylemin disiplinli bir şekilde birleştirilmesini, "reformcu olmayan reformların" savunulmasını ve somut siyasi mücadele türlerini içerir.

Bu inceleme, tıp alanında hızla büyüyen Marksist literatürü ele almaktadır. Marksist bakış açısı, sosyal düzende temel değişiklikler olmaksızın, sağlık sisteminde önemli iyileştirmelerin gerçekleşip gerçekleşemeyeceğini sorgular. Alanın temellerinden biri (bu aynı zamanda Marksist olmayan birçokları tarafından da kabul edilen bir varsayımdır), sağlık sisteminin sorunlarının, toplumumuzun sorunlarını yansıttığı ve bu sorunlardan ayrılamayacağıdır.

Geçen on yılda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Marksist sağlık bakımı analizleri hızla büyüdü. Ancak bu yeni bir alan değil. Marksist analizlerin erken tarihi ve yakın zamana kadar yavaş gelişmesinin nedenleri dikkati hak ediyor.

ALANIN TARİHSEL GELİŞİMİ

Sağlık bakımı üzerine ilk önemli Marksist çalışma, Engels'in Marx ile birlikte Komünist Manifesto'yu (2) yazmasından üç yıl önce, 1845'te yayınlanan İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu (1) adlı kitabıdır. Bu kitap sağlıksızlık üreten tehlikeli çalışma ve barınma koşullarını tanımlamıştır.

Engels özellikle tüberküloz, tifo ve tifüs gibi hastalıkları, yetersiz beslenme, yetersiz barınma, kirlenmiş su kaynakları ve aşırı kalabalığa bağlamıştır. Engels'in sağlık bakımı analizi, kapitalist sanayileşme altında işçi sınıfı koşullarının daha geniş incelemesinin bir parçasıydı. Ancak sağlık sorunlarını ele alışı, batı Avrupa'da toplumcu tıbbın, özellikle de Rudolf Virchow'un çalışmalarının ortaya çıkışı üzerinde büyük bir etkiye sahip olmuştur.

Virchow'un bulaşıcı hastalıklar, epidemiyoloji ve "toplumcu tıp" (Virchow'un batı Avrupa'da popülerleştirdiği bir terim) alanındaki öncü çalışmaları, Engels'in İngiliz işçi sınıfı üzerine kitabının yayınlanmasından sonra büyük bir hızla ortaya çıktı. Virchow, Engels'in kendi düşüncesi üzerindeki etkisini kendisi de kabul etti (3).

Virchow 1847'de, Prusya hükumetinin isteği üzerine, ülkenin kırsal bir bölgesindeki şiddetli bir tifüs salgınını araştırdı. Virchow bu çalışmaya dayanarak, istihdamın artırılması, daha iyi ücretler, yönetimde yerel özerklik, tarım kooperatifleri ve daha ilerici bir vergilendirme yapısını içeren bir dizi temel ekonomik, politik ve sosyal değişiklik önerdi. Virchow, daha fazla klinik veya hastane gibi yalnızca tıbbi çözümleri savunmadı. Bunun yerine, sağlıksızlığın kökenlerini toplumsal sorunlarda gördü. O halde salgın hastalıklar sorununa en mantıklı yaklaşım, bunların ortaya çıkmasına izin veren koşulları değiştirmekti (4, 5).

Virchow bu dönemde tıp çalışmalarını, siyasi faaliyetleriyle birleştirmişti. 1848'de Berlin'deki ilk büyük işçi sınıfı ayaklanmasına katıldı. Kısa ömürlü Paris Komünü'nün devrimci çabalarını güçlü bir şekilde destekledi (6-8).

Virchow'un bilimsel araştırmalarında ve siyasi pratiğinde iki tema ağır basıyordu:

Birincisi, hastalığın kökeninin çok-faktörlü olmasıydı. Nedensellikteki en önemli faktörler arasında insanların gündelik yaşamlarının maddi koşulları yer almaktaydı.

İkincisi, etkili bir sağlık sisteminin, bireysel hastaların patofizyolojik rahatsızlıklarını tedavi etmekle sınırlı kalamayacağıydı. Başarılı olmak için bunun yerine, sağlık bakımı sistemindeki iyileştirmeler, temel ekonomik, siyasi ve sosyal değişikliklerle birlikte olmalıydı. Bu değişiklikler genellikle toplumun egemen sınıflarının sahip olduğu zenginlik ve güç ayrıcalıklarını etkiler ve bu nedenle direnişle karşılaşır. Dolayısıyla, Virchow'a göre, tıp bilim insanının sorumlulukları, sıklıkla doğrudan siyasi eyleme dek uzanır.

1840'ların sonlarında devrimci mücadelelerin yenilgiye uğramasının ardından, batı Avrupa hükumetleri muhafazakar ve çoğu zaman baskıcı sosyal politikalarını yükselttiler. Marksist sağlık bakımı analizi uzun bir süre karanlıkta kaldı. Virchow ve meslektaşları siyasi gericiliğin başlamasıyla, laboratuvarlarda göreli tartışmasız araştırmalara ve özel muayenehanelere yöneldiler.

19. yüzyılın sonlarında Ehrlich, Koch, Pasteur ve diğer önde gelen bakteriyologların çalışmalarıyla mikrop kuramı üstünlük kazandı ve tıbbın tanı ve tedavi varsayımlarında köklü bir değişim yarattı. Tek-faktörlü bir hastalık modeli ortaya çıktı. Tıp bilimcileri enfeksiyonlara neden olan organizmaları ve enfeksiyon dışı bozukluklarda da tekil lezyonları aradılar.

Bu dönemin keşifleri, tıp pratiğini tartışmasız bir şekilde geliştirdi. Yine de birçok araştırmacının gösterdiği gibi, bu keşiflerin tarihsel önemi abartılmıştır. Örneğin çoğu bulaşıcı hastalıktan kaynaklanan ölüm ve hastalık hızlarındaki büyük düşüşler, spesifik etiyolojik ajanların izolasyonundan ve antimikrobiyal tedavinin kullanımından sonra değil, önce gerçekleşti.

Batı Avrupa ve ABD'de enfeksiyonlardaki iyileşmeler, daha iyi sanitasyon, düzenli beslenme kaynakları ve diğer geniş çevresel değişikliklerin getirilmesinden sonra ortaya çıktı. Çoğu durumda, hastalık desenlerindeki iyileşmeler, modern bakteriyolojinin ilerlemelerinden önce gelir (9-17).

Mikrop kuramının tek-faktörlü bakış açısı niçin bu kadar öne çıktı? Ve niçin tıp biliminde ve pratiğinde belirli bir etiyoloji ve tedavi varsayan araştırma teknikleri, günümüze kadar neredeyse efsanevi niteliğini korudu?

Yirminci yüzyıl başlarındaki tıp biliminin, bu soruları yanıtlamaya çalışan ciddi bir tarihsel yeniden incelemesi, ancak son birkaç yıldır başlamıştır. Bazı ön açıklamalar ortaya çıkmıştır. Bunlar Flexner Raporu'nun (18) yayınlanmasına yol açan ve onu takip eden olaylara odaklanmaktadır.

Flexner Raporu modern tıbbı şarlatanlıktan, sorumlu uygulamaya dönüştürmeye yardımcı olan belge olarak büyük saygı görmüştür. Raporun temel varsayımlarından biri, özellikle Avrupa bakteriyolojisinin kavram ve yöntemlerine odaklanan laboratuvar tabanlı bilimsel tıbbın, daha yüksek kalitede ve daha etkili bir tıp uygulaması ürettiğiydi.

Rapor, çeşitli tıp geleneklerinin (homeopati, geleneksel halk şifacılığı, kayropraktik vb.) karşılaştırmalı etkinliği sistematik bir teste tabi tutulmamış olsa da, tıp fakültelerinin bilimsel tıbba yönelik olmamasının halka kötü muameleyi teşvik ettiğini tartışmıştır. Rapor, laboratuvar tabanlı tıp öğretmek için donanımlı olmayan okulların kapatılmasını veya yeniden yapılandırılmasını talep etmiştir. Raporun yankıları hızlı ve çarpıcı olmuştur. Bilimsel, laboratuvar tabanlı tıp, tıp eğitimi, uygulaması, araştırması ve analizi için norm haline gelmiştir.

Son dönemlerdeki tarihsel araştırmalar, geçmiş yarım yüzyıldır yaygın olarak kabul gören dogmayı oluşturan Flexner Raporu'ndaki varsayımlar hakkında şüphe uyandırıyor. Ayrıca, raporun tavsiyelerinin tıp mesleğinin bazı kesimlerinden ve büyük özel hayır kurumlarından aldığı cömert desteği de belgeliyorlar (19-27). En azından kısmen bu olaylar nedeniyle, tıbbi bakımda Marksist yönelim gölgede kaldı. Virchow'un bazı çalışmaları klasik olarak kabul görmüş olsa da, çabalarına rehberlik eden çok-faktörlü ve politik yönelimli model büyük ölçüde toprak altında kalmıştır.

Şüphesiz, Marksist bakış açıları batı Avrupa ve ABD dışındaki sağlık bakımı üzerinde önemli etkiler yaratmıştır. Örneğin, Lenin bu bakış açılarını Sovyet sağlık sisteminin erken inşasına uygulamıştır (28). Salvador Allende'nin halk sağlığı hekimi olarak çalıştığı sırada yazdığı sağlık bakımının politik ekonomisi üzerine incelemesi, Latin Amerika'daki sağlık programları üzerinde büyük bir etki yaratmıştır (29). Kanadalı cerrah Norman Bethune, tüberküloz ve diğer hastalıklar üzerine yaptığı analizlerin yanı sıra, devrim sonrası Çin tıbbının seyrini etkileyen doğrudan politik katılımıyla da katkıda bulunmuştur (30-32). Che Guevara'nın, kısmen hekim olarak deneyiminden kaynaklanan, politika, ekonomi ve sağlık bakımı arasındaki ilişkiler üzerine yaptığı analiz, Küba tıp sisteminin şekillenmesine yardımcı olmuştur (33, 34).

Sağlık bakımına ilişkin ciddi Marksist araştırmalar, belki de 1960'ların sonlarındaki siyasi çalkantıyı ve modern sağlık sistemlerinin çeşitli yönlerine yönelik yaygın memnuniyetsizliği yansıtarak (35) hızla gelişti. Son çalışmalar batı Avrupa'da başladı (36, 37) ve Kelman'ın çığır açan makalesinin 1971'de yayınlanmasıyla ABD'ye yayıldı (38). Bu incelemenin sonraki bölümleri, güncel araştırma ve analiz alanlarına odaklanmaktadır.

SINIF YAPISI

Marx'ın toplumsal sınıf tanımları, ekonomik üretimin toplumsal ilişkilerini vurgulamıştır. Bir grup insanın, yani kapitalist sınıfın veya burjuvazinin, üretim araçlarına (makineler, fabrikalar, toprak ve pazara ürünler üretmek için gerekli hammaddeler) sahip olduğunu veya bunları kontrol ettiğini (veya her ikisini birden) belirtmiştir.

Üretim araçlarına sahip olmayan veya bunları kontrol etmeyen işçi sınıfı veya proletarya, emeklerini ücret karşılığında satmak zorundadır. Ancak işçilerin ürettiği ürünün değeri her zaman ücretlerinden daha büyüktür (39). İşçiler ürünlerini kapitaliste vermek zorundadır. İşçiler kendi üretim süreçleri üzerindeki kontrollerini yitirerek, öznel olarak emeklerine "yabancılaşırlar" (40).

İşçilere ödenen ücret ile ürettikleri ürünün değeri arasındaki fark olan "artı değer", kapitalistin kârının nesnel temelidir. Artı değer aynı zamanda "sömürünün" yapısal kaynağıdır. Artı değer kapitalisti ücretleri düşük tutmaya, otomasyon ve yeni teknolojiler, yakın gözetim, uzatılmış çalışma günü veya fazla mesai, hızlandırmalar ve tehlikeli çalışma koşulları yoluyla iş sürecini değiştirmeye ve işçilerin daha yüksek ücretler veya işyerinde daha fazla kontrol elde etme yönündeki örgütlü girişimlerine direnmeye teşvik eder (41).

Son dönem Marksist çalışmalar, Marx'ın zamanından bu yana meydana gelen tarihsel değişiklikleri kabul etseler de (42-51), gelişmiş kapitalist toplumlarda ve Üçüncü Dünya ülkelerinde oldukça tabakalı sınıf yapılarının varlığını yeniden teyit etmiştir (52-54).

Büyük ilgi gören bir diğer konu da, genellikle uzmanlık ve profesyonelliğe dayalı sınıf yapısının, sosyalist devrimlerin gerçekleştiği ülkelerde kalıcılığı veya yeniden ortaya çıkmasıdır (55, 56). Bu incelemenin daha sonraki bir bölümü bu soruna odaklanmaktadır. Bu kuramsal ve ampirik analizler, ekonomik üretim ilişkilerinin, sınıf yapısının temel bir unsuru ve değişim stratejilerinin makul bir odak noktası olmaya devam ettiğini göstermektedir (57-59).

Miliband'ın (59) sosyal sınıf tanımları, sağlık sistemindeki sınıf yapısı üzerine Marksist araştırmalar için bir çerçeve sağlamıştır. Bu araştırma, sağlık sisteminin toplumun sınıf yapısını yansıttığını göstermiştir (60-63). "Kurumsal sınıf", büyük servet sahiplerini ve kontrolörlerini içerir. Nüfusun yüzde 1'ini oluştururlar ve tüm şirket hisselerinin ve eyalet ve yerel yönetim tahvillerinin yüzde 80'ine sahiptirler. Ortalama yıllık gelirleri (1975 tahminleri) 114 bin – 142 bin dolar arasındadır.

Ölçeğin diğer ucunda yer alan “işçi sınıfı”, nüfusun yüzde 49'unu oluşturur. Genellikle yılda 8.500 dolar veya daha az kazanan kol işçileri, hizmet işçileri ve tarım işçilerinden oluşur.

Bu iki uç sınıf arasında “üst orta sınıf” (nüfusun yüzde 14'ünü oluşturan ve yaklaşık 25.600 dolar kazanan doktorlar, avukatlar vb. gibi profesyoneller ve nüfusun yüzde 6'sını oluşturan ve yaklaşık 22.700 dolar kazanan orta düzey iş yöneticileri) ve alt orta sınıf” (nüfusun yüzde 7'sini oluşturan ve yaklaşık 12.100 dolar kazanan esnaf, serbest meslek sahibi, zanaatkar ve ustalar ve nüfusun yüzde 23'ünü oluşturan ve yılda yaklaşık 9.200 dolar kazanan büro ve satış elemanları) yer alır.

Bu tanımlar, oldukça karmaşık bir sosyal gerçekliğin özetini sunsa da, sağlık sistemindeki sınıf yapısının görünümlerini analiz etmede faydalıdır.

Sağlık Kuruluşları Üzerindeki Kontrol

Navarro (60-62), kurumsal (şirket) sınıf ve üst orta sınıf üyelerinin Amerikan sağlık kurumlarının politika belirleme organlarında sahip oldukları yaygın kontrolü belgelemiştir (Tablo 1). Bu sınıflar, sağlık sistemindeki özel vakıfların, özel ve devlet tıp eğitim kurumlarının ve yerel kâr amacı gütmeyen hastanelerin yönetim kurullarında baskın konumdadır.

Tablo 1. ABD İşgücünün ve ABD Sağlık Kurumları Yönetim Kurullarının Sosyal Sınıf Bileşimi

	Sınıf *(%)			
ABD İşgücü	**Sermaye**	**Üst - orta**	**Alt - Orta**	**İşçi**
Vakıflar	70	30	-	-
Özel tıp eğitimi kurumları	45	55	-	-
Devlet tıp eğitimi kurumları	20	70	10	-
Kâr amacı gütmeyen hastaneler	5	80	10	5

* Tanımlar için kaynak: Navarro, V. Social policy issues: an explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States. Bull NY Acad Med, 51: 199 - 234, 1975 (Reference 60).

Alt orta sınıf veya işçi sınıfının üyeleri, sadece devlet eğitim kurumlarının ve kâr amacı gütmeyen hastanelerin yönetim kurullarında kayda değer bir temsil elde eder. Ancak buralarda dahi bu sınıfların temsili, genel nüfustaki oranlarının çok altında kalmaktadır.

Yerel araştırmalar, ABD'nin birçok yerinde sağlık kurumlarının kurumsal kontrolünü belgelemiştir (referanslar talep üzerine mevcuttur). Kısmen bu gözlemlere dayanarak, Navarro'nun sağlık kurumları üzerindeki kontrolün, Amerikan ekonomik ve siyasi yaşamının diğer alanlarında ortaya çıkan sınıf egemenliğinin aynı desenlerini yansıttığı görüşü tartışılmaktadır.

Sağlık Kuruluşları İçindeki Tabakalaşma

Hekimler, üst orta sınıfın üyeleri olarak, sağlık kurumlarındaki emekçiler arasında en üst tabakayı oluştururlar. Sağlık işgücünün yüzde 7'sini oluşturan hekimler, kendilerini ABD gelir dağılımının üst yüzde 5'lik dilimine yerleştiren ortalama net gelire (1975'te yaklaşık 53.900 dolar) sahiptirler. Hekimlerin ve profesyonel yöneticilerin altında, alt orta sınıfın üyeleri yer alır: hemşireler, fizyoterapistler, ergoterapistler ve teknisyenler. Sağlık işgücünün yüzde 29'unu oluştururlar, çoğunlukla kadındırlar ve yaklaşık 8.500 dolar kazanırlar.

Kurumsal hiyerarşilerin en altında ise sağlık sisteminin işçi sınıfını oluşturan büro emekçileri, yardımcılar, hastabakıcılar ve mutfak ve temizlik personeli bulunur. Yıllık gelirleri yaklaşık 5.700 dolardır, sağlık işgücünün yüzde 54'ünü temsil ederler ve yüzde 84'ü kadın, yüzde 30'u ise siyahidir (60, 63).

Son dönemdeki çalışmalar, sağlık emekçilerini birbirinden ayıran ve ortak çıkarlarını gerçekleştirmelerini engelleyen meslekçilik, elitizm ve uzmanlaşma güçlerini analiz etmiştir. Bu desenler, sağlık işgücünün en hızlı büyüyen kesimini oluşturan hekimleri (64), hemşireleri (65, 66) ve teknik ve hizmet emekçilerini (67-72) etkilemektedir. Bürokratlaşma, sendikalaşma, devlet müdahalesi ve profesyonel sağlık emekçilerinin potansiyel “proleterleşmesi”, gelecekteki tabakalaşma desenlerini değiştirebilir (73).

Mesleki Hareketlilik

Mesleki pozisyonlara sınıf geçişi (sınıf atlama) oldukça sınırlıdır. Hem İngiltere'de, hem de ABD'de hekimlerin sınıf geçmişlerine ilişkin araştırmalar, tıp öğrencileri ve mesleğini icra eden hekimler arasında alt orta ve işçi sınıflarının sürekli olarak düşük bir temsil oranına sahip olduğunu göstermiştir (23, 24, 74, 75).

ABD'de yirminci yüzyılda sınıf hareketliliğindeki değişiklikleri izlemek için tarihsel belgeler vardır. Ziem'in (23, 24) bulduğu gibi, siyahiler ve kadınlar gibi diğer dezavantajlı gruplar için son zamanlarda bazı iyileşmeler olmasına rağmen, Flexner Raporu'nun yayınlanmasından kısa bir süre sonra işçi sınıfından tıp öğrencisi girişi çok sınırlı olmuştur. 1920'de tıp öğrencilerinin yüzde 12'si işçi sınıfı ailelerinden geliyordu ve bu oran günümüze kadar neredeyse aynı kalmıştır.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TEKELCİ SERMAYENİN ORTAYA ÇIKIŞI

Geçtiğimiz yüzyıl boyunca ekonomik sermaye, daha az sayıda şirkette, yani tekellerde yoğunlaşmıştır. Tekelci sermaye, tekelleşme sürecinin özel şirket kârını güçlendirdiği neredeyse tüm gelişmiş kapitalist ülkelerde ortaya çıkmıştır (70, 76 - 78).

Çok farklı bir tekelleşme biçimi, devletin büyük sermaye varlıklarına sahip olduğu ve özel kârlılığı büyük ölçüde sınırladığı sosyalist ülkelerde de görülmektedir. Tekelci sermaye çoğu kapitalist sağlık sisteminin belirgin bir özelliği haline gelmiştir ve kendisini çeşitli şekillerde göstermektedir.

Tıp Merkezleri

Yaklaşık 1910 yılından beri, genellikle üniversitelerle bağlantılı olarak, tıp merkezlerinde sürekli bir büyüme yaşanmıştır. Sermaye, büyük ölçüde ileri teknolojiye odaklanmış olan bu tıp merkezlerinde yoğunlaşmıştır. Hekimler, teknolojinin mevcut olduğu ve uzmanlaşmanın büyük değer gördüğü yerlerde eğitim almışlardır. Kısmen bunun sonucu olarak, sağlık emekçileri genellikle mesleklerini tıp merkezlerine kolay erişimin olmadığı bölgelerde icra etmekten çekinmektedirler.

Tıp merkezlerinin neredeyse sınırsız büyümesi, tıp eğitimindeki kilit rolleri ve teşvik ettikleri “teknolojik zorunluluk” ile birleştiğinde, ABD genelinde ve bölgeler içinde sağlık emekçilerinin ve tesislerinin dengesiz dağılımına katkıda bulunmuştur (38, 64).

Mali Sermaye

Tekelci sermaye, kapitalizmdeki en büyük kâr amacı güden şirketler olan bankalar, tröstler ve sigorta şirketlerinin pozisyonlarında da kendini göstermiştir. Örneğin 1973 yılında özel sigorta şirketleri aracılığıyla sağlık sigortası için yapılan ödemeler 29 milyar dolardı ve bu rakam, satılan toplam sigortanın yaklaşık yarısını oluşturuyordu.

Ticari sigorta şirketleri arasında sermaye oldukça yoğunlaşmıştır. Sağlık sigortası sektörünün yaklaşık yüzde 60'ı en büyük 10 sigortacı tarafından kontrol edilmektedir. Metropolitan Life ve Prudential'ın her biri 30 milyar dolardan fazla varlığa sahiptir. Bu miktar General Motors, Standard Oil of New Jersey veya International Telephone and Telegraph'tan daha fazladır (60).

Mali sermaye, mevcut sağlık reformu önerilerinde önemli bir figürdür. Ulusal sağlık sigortasına yönelik planların çoğu, sigorta sektörünün devam edegelen bir rol oynamasına izin verecektir (79, 80). Dahası, ulusal sağlık sigortası yürürlüğe girdiğinde bu girişimlerin kârlılığını sağlayacağı varsayımıyla, sağlık bakım kuruluşlarına yapılan kurumsal yatırımlar artmaktadır (81).

"Tıbbi-Sanayi Kompleks"

"Askeri-sanayi kompleks", "tıbbi-sanayi kompleks" terimiyle popülerleşen sağlık sisteminde endüstriyel nüfuzun bir modelini sağlamıştır. Sağlık Politikası Danışma Merkezi (82, 83) ve diğerleri tarafından yapılan araştırmalar, hastalığın özel kâr için sömürülmesinin gelişmiş kapitalist toplumlardaki sağlık sistemlerinin temel bir özelliği olduğunu vurgulamıştır (64).

Son raporlar, ilaç ve tıbbi ekipman endüstrilerini reklam ve pazarlama uygulamaları (82-86), fiyat ve patent anlaşmaları (87), güvenliği test edilmeden Üçüncü Dünya'da ilaç pazarlaması (88, 89) ve etkinliğini gösteren kontrollü denemeler olmadan pahalı tanı ve tedavi yeniliklerinin tanıtımı (13, 90-93) nedeniyle eleştirmiştir.

Bu bağlamda, "maliyet-etkinlik" analizi, kısmen etkinliğe göre maliyet analizine dayalı olarak, çeşitli tıbbi uygulamalar ve klinik karar verme süreçlerinin yararlı değerlendirmelerini ortaya koymuştur (94-100). Marksist araştırmacılar, maliyet-etkinlik yaklaşımının katkılarını kabul etmekle birlikte, bazı soruları yanlış analiz düzeyinde sorduğu için eleştirmişlerdir. Bu yaklaşım genellikle, maliyetli ve etkisiz teknolojik yeniliklerin benimsenmesini teşvik eden sağlık sisteminin genel dinamiklerini açıklığa kavuşturmaya yardımcı olmaz.

Maliyet-etkinlik araştırmasıyla değerlendirilen uygulamalar genellikle sağlık sisteminde tekelci sermayenin büyümesiyle ortaya çıkar. Maliyetli yenilikler genellikle tıp merkezlerinin genişlemesi, mali sermayenin sağlık sistemine nüfuz etmesi ve tıp endüstrileri tarafından yeni ilaçların ve aletlerin tanıtımıyla bağlantılıdır. Maliyet-etkinlik araştırması ve klinik karar analizi, sağlık sistemindeki görünür irrasyonellikleri destekleyen daha geniş siyasi ve ekonomik eğilimleri desteklemedikçe eksik kalır (90).

ÇIKAR GRUBU POLİTİKALARI

Marx, sınıf konumunun ve ekonomik kaynakların genellikle siyasi gücü belirlediğini ileri sürmüştür. Egemen ekonomik sınıfın, bazen farklı çıkarlara sahip çeşitli gruplardan oluştuğunu belirtmiştir. Bu gruplar, işçi sınıfından gelen temel tehditlerle karşılaştıklarında birleşseler de, farklı çıkarları, siyasi strateji için bir odak noktası sağlayabilecek çelişkiler yaratır (101-105).

Sağlık hizmetleri çalışmalarında, çıkar grubu siyasetinin analizi esas olarak ABD ve İngiltere'ye odaklanmıştır (106-110). Bu yaklaşım, sağlık reformlarını savunan birçok grubun politika önerilerini gizemden arındırır. Bu perspektiften bakıldığında, bu grupların bakış açıları ve önerileri, sağlık sistemini iyileştirme kaygılarından ziyade, büyük ölçüde kendi siyasi ve ekonomik çıkarlarını yansıtır.

Alford'un (106, 107) araştırması, güç ve finansman için yarışan üç ana çıkar grubunu ortaya koymaktadır:

Profesyonel tekelciler arasında tıp fakültelerinde, üniversitelerde veya özel muayenehanelerde çalışan hekimler, uzmanlar ve sağlık araştırmacıları yer almaktadır. Faaliyetlerinin temel sonucu, sağlık sisteminde "güç ilişkilerini korurken, sembolik bir güvenilirlik perdesi sağlayan program ve projelerin sürekli çoğalmasıdır".

Kurumsal rasyonelleştiriciler, sağlık kuruluşlarında üst düzey pozisyonlarda bulunan kişilerdir: hastane yöneticileri, tıp fakültesi dekanları ve halk sağlığı yetkilileri. Alford'a göre, kurumsal rasyonelleştiricilerin genel etkisi, sağlık sisteminin bürokratik yapılarını karmaşıklaştırmak ve detaylandırmaktır.

Üçüncü bir çıkar grubu ise, sağlık hizmetlerine gerçekten gereksinim duyan ve bu hizmetlerden etkilenen *çeşitli topluluklardır*. Alford, genel olarak bu çıkar grubunun çabalarının başarısız olma olasılığının yüksek olduğunu gözlemlemektedir.

Yüksek oranda işbirliği olasılığı, liderlerin güç yapılarında gerçek bir değişiklik olmaksızın danışma kurullarında veya planlama kurumlarında sembolik pozisyonlar üstlenebileceği anlamına gelir.

Çıkar grubu siyasetinin analizi, sağlık kurumlarının mahalli kontrolüne yönelik girişimler (111); hastanelerin yönetim kurulları, yöneticileri ve profesyonel personel arasındaki çatışmalar (112); kapsamlı sağlık planlaması ve düzenlemesindeki başarısızlıklar (113-116) ve tıp kurumlarının kentsel yerleşim alanlarına yayılması (117-120) gibi yerel tartışmaları anlamada yardımcı olmuştur. Benzer bir bakış açısı, örneğin kanser araştırmaları (121, 122) ve işçi sağlığı mevzuatı (83, 123) ile ilgili ulusal sağlık politikası kararlarının daha net bir resmini ortaya koymuştur.

Bu çalışmaların mevcut sistem içindeki reformlara ilişkin çıkarımları genellikle karamsardır. Alford'un yazdığı gibi,

> "*kurumsal ve sınıfsal bir yapı, profesyonel tekelcilerin ve kurumsal rasyonelleştiricilerin gücünü yaratır ve sürdürür, bu nedenle çoğulcu siyasetin ekonomik ve sosyal temelinin önceliğini reddeden bir sosyal ve siyasi hareketin varlığı olmadan değişim olası değildir*" (106).

DEVLET VE DEVLET MÜDAHALESİ

Devlet, siyasi gücün temel kurumlarını kapsadığından, stratejik önemi açıktır. Devlet genellikle devrimci toplumsal değişimi veya mevcut sistemi temelden tehdit eden siyasi eylemi bastırmak için hareket eder. Sosyalist devrimlerden sonra devlet aygıtı büyük ölçüde değişmiş işlevlerle uzun süre varlığını sürdürmelidir. Sağlık bakımına odaklanmadan önce, devlete kısa bir genel bakış ve devleti tanımlamak gereklidir.

Marx ve Engels, kapitalist ekonomik sistemi ve kapitalist sınıfın çıkarlarını korumakta hükumetin hayati rolünü vurguladılar. Komünist Manifesto'nun ünlü vecizesi "devlet, burjuvazinin yürütme komitesidir" idi (2). Lenin (124), kapitalist sınıfın özel girişim sistemini ciddi şekilde tehdit eden herhangi bir seçim zaferini engellemek için zorla müdahale edeceği sonucuna vardı. Daha yeni analistler, kapitalist sınıfın devlet politikaları üzerindeki hakimiyetini koruyan yapısal desenleri (53, 59), devletin kapitalist sistemin tekrarlayan ekonomik krizlerini hafiflettiği mekanizmaları (125-127) ve devletin halkın rızasını güçlendirdiği ideolojik teknikleri (128, 129) incelediler.

Bu bağlamda, konunun karmaşıklığıyla sınırlı olsa da, aşağıdaki tanım uygundur: Devlet, kapitalist ekonomik sistemi ve kapitalist sınıfın çıkarlarını korumak için hareket eden birbirine bağlı kamu kurumlarından oluşur.

Bu tanım, yürütme, yasama ve yargı organlarını, orduyu ve ceza adalet sistemini içerir. Bunların hepsi farklı derecelerde zorlayıcı güce sahiptir. Ayrıca eğitim, kamu refahı ve sağlık sistemleri içindeki nispeten zorlayıcı olmayan kurumları da kapsar. Devlet, bu tür zorlayıcı olmayan kurumlar aracılığıyla, kapitalist sistemi meşrulaştıran hizmetler sunar veya ideolojik mesajlar iletir. Özellikle ekonomik kriz dönemlerinde, devlet bu kurumları özel teşebbüsün kamu desteğini sağlamak için de kullanabilir.

Özel – Kamu Çelişkisi

Sağlık sistemi içinde devletin bir parçası olan "kamu sektörü", kamu harcamaları yoluyla faaliyet gösterir ve kamu kurumlarında sağlık emekçilerini istihdam eder. "Özel sektör" ise mesleğin özel icrasına ve tıbbi ürünler üreten veya finans sermayesini kontrol eden şirketlerde dayanır.

Ülkeler, özel – kamu ikiliğinde büyük farklılıklar göstermektedir. ABD'de, baskın bir özel sektör, giderek büyüyen bir kamu sektörüyle birlikte varlığını sürdürmektedir. Kamu sektörü, İngiltere ve İskandinavya'da daha da büyüktür. Küba ve Çin'de ise özel sektör esasen ortadan kaldırılmıştır (64).

Marksist analizin genel teması, özel sektörün kamu kaynaklarını ve sağlık emekçilerinin zamanını özel kâr uğruna ve kamu sektörünü kullanan hastaların zararına tüketmesidir. Bu çerçeve, ulusal sağlık hizmetlerinin yürürlüğe girmesinden sonra da özel sektörün varlığını sürdürdüğü İngiltere (75) ve Şili (130, 131) gibi ülkelerde ortaya çıkan bazı sorunları açıklamaya yardımcı olmuştur.

Bu ülkelerde mesleklerini icra edenler, özel uygulama alanlarını genişletmek için mali teşviklerle karşı karşıya kalmış ve bu uygulamaları genellikle kamu hastaneleri veya kliniklerinde gerçekleştirmişlerdir. ABD'de Medicare ve Medicaid gibi kamu ödeme programlarının genişlemesi, özel uygulama ve özel hastanelerin kamu tarafından daha fazla sübvanse edilmesine ve bu programların bireysel uygulayıcılar tarafından kötüye kullanılmasına yol açmıştır (64).

Benzer sorunlar diğer kamu sağlığı programlarını da baltalamıştır. Bu programlar sıklıkla azalan oranlı (regressive) vergilendirme yoluyla finansman sağlamış ve düşük gelirli vergi mükelleflerini göreceli olarak dezavantajlı duruma düşürmüştür (79). Benzer şekilde, Blue Cross ve Blue Shield sigorta planlarının eksiklikleri büyük ölçüde kamu düzenleyici kurumlarının özel sektördeki uygulayıcılara ve hastanelere yapılan ödemeleri kontrol edememesinden kaynaklanmaktadır (132).

Ulusal sağlık sigortası da yürürlüğe girdiğinde, kamu fonlarını kullanarak özel sektörü güçlendirecek ve destekleyecektir. Bu da hastaneler ve bireysel hekimler için ödeme güvencesi sağlayarak ve muhtemelen ticari sigorta şirketlerinin rolünün devam etmesine izin vererek gerçekleşecektir (64, 80).

ABD genelinde özel – kamu çelişkisinin sorunları giderek daha da şiddetleniyor. Büyük şehirlerin çoğunda kamu hastaneleri, kısıtlamalarla, kapanmalarla veya özel mülkiyete ve kontrole geçmeyle karşı karşıya. Bu eğilim düşük gelirli hastaların yeterli sağlık hizmeti bulma zorluklarını artırıyor (133). Ayrıca özel hastanelerin düşük gelirli hastaları kamu kurumlarına “yönlendirme” eğilimini de güçlendiriyor (134).

Devletin Sağlık Sistemi İçindeki Genel İşlevleri

Devletin sağlık sistemindeki işlevleri kapsam ve karmaşıklık açısından artmıştır. Devlet sağlık sistemi aracılığıyla *her şeyden önce,* özel girişime dayalı kapitalist ekonomik sistemi meşrulaştırmak için hareket eder (135, 136). Kamu sağlığı ve refah programlarının tarihi, devlet harcamalarının genellikle toplumsal protesto dönemlerinde arttığını ve protestoların yaygınlığı azaldıkça azaldığını göstermektedir (137, 138).

Yakın zamanda bir Kongre komitesi, hükumete ve özellikle de iş dünyasının hükumet politikalarındaki rolüne karşı derin bir memnuniyetsizlik düzeyini ortaya koyan kamuoyu araştırmalarını özetledi:

> "...ülkelerinde 'derinden yanlış' bir şey olduğunu düşünen vatandaşlar ulus içinde çoğunluğu oluşturdu... Ve Harris Araştırması'nın on yıllık kamuoyu örneklemesinde ilk kez, hükumete karşı hayal kırıklığına doğru artan kamuoyu eğilimi tüm Amerikalıların yarısından fazlasını da etkiledi" (139).

Bu koşullar altında devletin öngörülebilir yanıtı, sağlık ve diğer refah programlarını genişletmektir. Bu kademeli reformlar, en azından kısmen, sistemin halkın temel gereksinimlerini karşılayabileceğine dair güveni yeniden sağlayarak kapitalist sistemin meşruiyet krizini azaltır. ABD'de ulusal sağlık sigortasına siyasi ilginin döngüleri, halkın hoşnutsuzluğunun döngülerine paralel görünmektedir (135). Düşük gelirli hastalara yönelik kamu sağlık hizmetlerindeki son kesintiler, 1960'lardan bu yana düşük gelirli grupların sosyal protestolarının azalmasını takip etmektedir.

Devletin sağlık sistemindeki *ikinci* önemli işlevi, özel sektörü daha doğrudan korumak ve güçlendirmektir. Daha önce belirtildiği gibi, ulusal sağlık sigortası planlarının çoğu, özellikle ödemelerin yönetimi, kayıt tutma ve veri toplama konularında özel sigorta sektörünün önemli bir rol oynamasına ve sürekli kâr elde etmesine izin verecektir (64, 80, 140).

Devlet tarafından desteklenen yeni sağlık girişimlerine (sağlık bakım kuruluşları, önleyici tarama programları, profesyonel standart inceleme kuruluşlarının bilgisayarlı bileşenleri, yardımcı sağlık personeli eğitimi için algoritma ve protokol geliştirme ve hasta eğitim programları için görsel-işitsel yardımcılar dahil) kurumsal katılım, artan kâr için önemli kaynaklar sağlamaktadır (81, 141).

Devletin *üçüncü* (ve daha incelikli) işlevi, kapitalist ekonomik sistemle tutarlı olan bilimsel ve klinik tıptaki egemen çerçevelerin güçlendirilmesi ve sistemi tehdit edebilecek alternatif çerçevelerin bastırılmasıdır. ABD hükumeti, belirli hastalıkların patofizyolojisi ve tedavisi üzerine araştırmalar için cömert fonlar sağlamıştır. Hükumet içindeki eleştirmenlerin bile kabul ettiği gibi, hastalık merkezli yaklaşım, analiz düzeyini bireysel organizmaya indirgemiş ve çoğu zaman uygunsuz bir şekilde, çok-faktörlü köken yerine tek-faktörlü köken arayışını teşvik etmiştir (142).

Daha yakın zamanlarda, hastalığın nedeni olarak bireysel "yaşam tarzının" önemini vurgulayan analizler (14, 143, 144), Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki devlet kurumlarından büyük ilgi görmüştür (145, 146). Açıkçası, kişisel alışkanlıklardaki bireysel farklılıklar tüm toplumlarda sağlığı etkiler. Öte yandan, yaşam tarzı argümanı, belki de daha önceki belirli neden vurgusundan bile daha fazla, kapitalist çalışma sürecinde ve endüstriyel ortamda hastalık ve sakatlığın önemli kaynaklarını gizler. Ayrıca sağlık sorunlarına kolektif çözümler aramak yerine, sağlık yükünü doğrudan bireye yükler (147, 148).

Devletin araştırma ve geliştirme programlarında önemsizleştirdiği konulara dikkat çekmekte fayda var. Örneğin mevcut verilere dayanarak, batılı sanayi toplumlarında çevresel faktörlerin tüm kanser vakalarının yaklaşık yüzde 80'inin etiyolojisinde rol oynadığı tahmin edilmektedir (149). Amerikan Halk Sağlığı Birliği, 1975'te "Amerika'da sağlık ve çalışma" konulu oturumunda yaygın mesleki kanserojenlerin kapsamlı bir dokümantasyonunu hazırlamıştır (150).

1973 yılında hükumet dışı basın tarafından yayınlanan "Amerika'da Çalışma" başlıklı çalışma üzerine Sağlık, Eğitim ve Refah Bakanlığı görev gücü şunları belirtti:

> "*Yaşlanma üzerine yapılan etkileyici 15 yıllık bir çalışmada, uzun ömürlülüğün en güçlü belirleyicisi iş memnuniyetiydi. İkinci en iyi belirleyici ise genel 'mutluluktu'... Diğer faktörler (beslenme, egzersiz, tıbbi bakım ve genetik miras) şüphesiz önemlidir, ancak araştırma bulguları, bu faktörlerin, başlıca ölüm nedeni olan kalp hastalığındaki risk faktörlerinin yalnızca yaklaşık yüzde 25'ini açıklayabileceğini göstermektedir*" (151).

Bu tür bulgular, kapitalist üretimin mevcut örgütlenmesi için bir tehdittir. Devlet kurumlarından çok az ilgi veya destek görmüşlerdir. Hastalığı doğrudan kapitalizmin yapısıyla ilişkilendiren bir klinik araştırma çerçevesinin, devletten kayıtsızlık ve aktif caydırma ile karşılaşma olasılığı yüksektir.

Devlet Müdahalesinin Sınırları ve Mekanizmaları

Devlet müdahalesi belirli yapısal sınırlamalara tabidir. Basitçe özetlemek gerekirse bu sınırlamalar devlet müdahalesini, özel kâr odaklı kapitalist ekonomik süreçlerle veya belirli tarihsel dönemlerde kapitalist sınıfın somut çıkarlarıyla temelden çelişmeyecek politika ve programlarla sınırlandırır.

"Negatif seçilim mekanizmaları" kapitalist sistemi zorlayan yenilikleri veya faaliyetleri dışlayan devlet müdahalesi biçimleridir (125, 126). Örneğin devlet kurumları işçi sağlığı mevzuatı ve uygulama düzenlemeleri çıkarabilir, ancak bu tür düzenlemeler hiçbir zaman belirli sektörlerdeki kârlılığı etkileyecek kadar katı bir seviyeye ulaşmayacaktır. Meslek hastalıklarına veya çevresel hastalıklara neden olan endüstrilerin devlet mülkiyetine geçmesi de büyük ölçüde gerçekleşmeyecektir. (135).

Negatif seçilim, sağlık sisteminin tamamının potansiyel millileştirilmesine de uygulanır. Çoğu kapitalist toplumda devlet, genellikle özel tıp uygulamasına, çoğu hastanenin özel kontrolünü ve sağlık sisteminde etkinlik gösteren ilaç, tıbbi ekipman, sigorta ve diğer endüstrilerin kârlılığına müdahale eden yapısal değişikliklere karşı çıkmıştır. Negatif seçilim yoluyla millileştirmeyi dışlarken, devlet bu alanların her birindeki aşırılıkları kontrol eden ve böylece bütünün saygınlığını koruyan kademeli reformları destekler.

Negatif seçilime bir örnek olarak, ABD'deki Kongre görüşmeleri, özel tıp uygulamasının uygunluğunu veya hastanelerin millileştirilmesini sorgulayabilecek ulusal bir sağlık hizmetini (ulusal sağlık sigortasının aksine) ciddi olarak değerlendirmeyi sistematik olarak dışlamaktadır (152). Başka bir örnek ise ilaç ve sigorta endüstrilerinin devlet tarafından düzenlenmesidir. Devlet düzenlemesi istikrarsız etkilerinin yanı sıra, bu endüstrilerin kamu mülkiyetini dışlamaktadır.

Devlet ayrıca özel girişim sistemini ve sermayenin çıkarlarını güçlendiren politikaları teşvik eden ve destekleyen "pozitif seçilim mekanizmalarını" da kullanabilir (125, 126). Örneğin, sağlık sigortası gibi finansal reformların pozitif seçilimi, başkanlık sisteminin daha geniş siyasi ve ekonomik yapılarını değiştirebilecek örgütsel reformların dışlanmasıyla keskin bir tezat oluşturmaktadır (135).

TIBBİ İDEOLOJİ

İdeoloji, bir toplumsal grubun kendine özgü bakış açısını oluşturan iç içe geçmiş fikirler ve doktrinler kümesidir.

Marx, toplumsal yapının iki düzeyi arasında bir ayrım ortaya koymuştur. "Altyapı" veya "ekonomik temel", ekonomik üretimin somut ilişkilerini içerir. Üretim araçlarının mülkiyeti veya kontrolü veya her ikisiyle belirlenen toplumsal sınıf, altyapının temel özelliğidir. Öte yandan "üst yapı", hükumet ve yasal kurumların yanı sıra belirli bir tarihsel dönemin baskın ideolojilerini de içerir (39).

Marksist bakış açısına göre, tarihsel olaylar esas olarak ekonomik güçlerden kaynaklanır. Bu "ekonomik belirleyicilik", üretim alanına ve sınıf çatışmasına nedensel öncelik verir. Dolayısıyla, ekonomik altyapı genellikle üst yapının belirli özelliklerini belirler. Ancak ideoloji ve üst yapının diğer kısımları, toplumsal üretim ilişkilerini ve özellikle de egemenlik desenlerini sürdürmeye ve yeniden üretmeye yardımcı olur (153, 154).

Marksist analistler, sivil toplum kurumlarının (okullar, kilise, aile vb.) kurulu düzeni destekleyen fikir ve inançları yaydığı ince "ideolojik hegemonyayı" (129, 155), kapitalist sınıfın devlet iktidarını korumak için kullandığı "ideolojik aygıtları" (128) ve egemen sınıfın çıkarları doğrultusunda "uzmanlar" tarafından alınan sosyal politika kararlarını meşrulaştıran modern bilimin ideolojik özelliklerini (156) vurgularlar.

Eğitim sistemi, aile, kitle iletişim araçları ve örgütlü din gibi diğer kurumlarla birlikte tıp da sınıf yapısını ve tahakküm kalıplarını korumaya ve yeniden üretmeye yardımcı olan bir ideolojiyi yaymaktadır.

Tıbbın ideolojik özellikleri, klinik çalışmalarında ve araştırmalarında şu anda kabul edilen yöntemleri kullanan bireylerin çabalarını hiçbir şekilde küçültmez. Bununla birlikte tıp ideolojisi, geniş sosyal üstyapının bir parçası olarak analiz edildiğinde, tıp biliminin kendisinin ötesinde büyük sosyal sonuçlar doğurmaktadır (157). Son çalışmalar, modern tıp ideolojisinin çeşitli bileşenlerini belirlemiştir.

Biyolojik Homeostazın Bozulması, Makinaların Bozulmasına Eşdeğerdir

Modern tıp bilimi insan organizmasını mekanik bir bakış açısıyla ele almaktadır. Sağlık profesyonellerinin ileri düzey eğitimi, fiziksel rahatsızlıkların belirli nedenlerini ve tedavilerini tanımayı mümkün kılmaktadır. İnsan vücuduna mekanik bir bakış açısıyla yaklaşmak, özellikle çevre, iş süreçleri veya sosyal stres kaynaklı hastalık nedenleri olmak üzere, çok-faktörlü kökeni göz ardı etmektedir. Ayrıca, uzmanlaşmış kontrol altındaki endüstriyel teknolojiye olumlu bir değerlendirme getiren genel bir ideolojiyi de güçlendirmektedir (5, 135, 158, 159).

Hastalık İnsanın Bireysel Bir Sorunudur

Tek-faktörlü hastalık modeli indirgemeci varsayımlar içerir ve hastalığın ortaya çıkmasına neden olan toplumsal koşullardan çok bireye odaklanır. Yakın zamanlarda benzer bir indirgemeci yaklaşım, yaşam tarzında hastalık kaynakları keşfetmiştir. Her iki durumda da hastalık ve tedavi sorumluluğu kolektif düzeyden çok bireye aittir. Bu anlamda tıp bilimi, sağlık ve hastalık üzerindeki etkileri de dahil olmak üzere, sınıf yapısı ve üretim ilişkilerine dair temel bir eleştirel değerlendirme sunmamaktadır (135, 159).

Bilim İnsanların Akılcı Bir Şekilde Kontrol Edilmesine İzin Verir

Doğa bilimleri, doğa üzerinde daha büyük bir kontrola yol açmıştır. Benzer şekilde modern tıbbın, bireylerin kusurlarını düzelterek, onların kontrol edilebilirliğini artırabileceği varsayılmaktadır. Kapitalist ekonomik çıkarların modern tıbbı desteklemesinin motivasyonlarından biri, güvenilir bir işgücü arayışı olmuştur (19, 26).

Hekimlerin hastalık belgelendirmesi, tarihsel olarak endüstrinin işgücü ihtiyacını karşılamak için genişlemiş veya daralmıştır (160, 161). Bu nedenle tıp, toplumun rasyonel yönetimine katkıda bulunuyor görünmekte ve yönetim ilkeleri giderek sağlık sisteminin örgütlenmesine uygulanmaktadır (113-115).

Hayatın Birçok Alanı Tıbbi Yönetim İçin Uygundur

Bu ideolojik varsayım, tıbbın sosyal kontrol işlevinin genişlemesine yol açmıştır. Toplumun normlarına uymayan birçok davranış, sağlık profesyonelleri tarafından yönetilmeye uygun hale

gelmiştir. “Sapmanın tıbbileştirilmesi” ve sağlık emekçilerinin sosyal kontrol aracı olarak rolü eleştirel bir şekilde incelenmiştir (14, 64, 162-166).

Hiperkinezi ve saldırganlık gibi davranışsal zorlukların tıbbi yönetimi, genellikle bu davranışlarla ilişkili spesifik biyolojik lezyonları bulma girişimleriyle örtüşmektedir (167-171). Tarihsel olarak tıbbın sosyal kontrol işlevi, yoğun sosyal protesto veya hızlı sosyal değişim dönemlerinde genişlemiştir (172).

Tıp Bilimi Hem Ezoterik, Hem de Mükemmeldir

Bu ideolojik ilkeye göre, tıp bilimi hem araştırma, hem de uygulamada ileri düzey bilgi ve mükemmellik standartlarını içerir. Bilimsel bilgi ezoterik olduğundan, bir grup profesyonel elit pozisyonlarda yer alma eğilimindedir. Bu bilgiye sahip olmayan sıradan insanlar, tıbbi verilerin yorumlanması için profesyonellere bağımlıdır. Bu nedenle sağlık sistemi, işyerinde, hükumette ve sosyal yaşamın birçok diğer alanında “uzman” karar vericilerin egemenliğinin kalıplarını yeniden üretir (173, 174).

Mükemmellik ideolojisi, bu kalıpları haklı çıkarmaya yardımcı olur, ancak birçok tıbbi araştırma ve uygulamanın kalitesi mükemmel olmaktan uzaktır. Bu çelişki son zamanlarda tıpta “mükemmellik aldatmacası” olarak nitelendirilmiştir (175). İronik bir şekilde, benzer bir mükemmellik ideolojisi, Sovyetler Birliği gibi sosyalist devrimler geçiren bazı ülkelerde uzmanlığa dayalı yeni sınıf hiyerarşilerinin ortaya çıkmasını haklı çıkarmıştır. Çin Halk Cumhuriyeti gibi diğer ülkeler bu ideolojik varsayımların üstesinden gelmeye ve daha az ezoterik bir “halk tıbbı” geliştirmeye çalışmıştır (176).

Tıp ideolojisi üzerine yapılan çalışmalar, meslek liderlerinin meslek dergilerinde veya kitle iletişim araçlarında kamuoyuna yaptığı açıklamaların yanı sıra, kuruluşları tıbbi faaliyetleri düzenleyen veya destekleyen devlet ve şirket yetkililerinin açıklamalarına odaklanmıştır (177). Bununla birlikte, sağlık profesyonelleri hastalarla yüz yüze etkileşimlerinde de ideolojik mesajlar iletmektedir (160, 163). Doktor – hasta etkileşiminde ideolojik mesajların iletilmesi, ampirik araştırmaların konusudur (178-180).

Marksist çalışmalar bu alanda üç konuya odaklanmıştır: emperyalizm, sosyalizme geçiş ve kapitalist reformun çelişkileri.

Sağlık Hizmetleri ve Emperyalizm

Emperyalizm, sermayenin ulusal sınırların ötesine yayılması ve bu yayılmanın sosyal, siyasi ve ekonomik etkileri olarak tanımlanabilir. Emperyalizm, ekonomik olarak baskın uluslar için birçok avantaj sağlamıştır. Marksist eleştiriler, hem gelişmiş kapitalist ülkelerin hem de sosyalist süper güçlerin (özellikle SSCB'nin "sosyal emperyalizmi") emperyalist girişimleriyle ilgilenmiştir (28, 181, 182). Sağlık hizmetleri, emperyalizmin çeşitli aşamalarında önemli bir rol oynamıştır.

Emperyalizmin temel özelliklerinden biri, Üçüncü Dünya ülkelerinden ekonomik olarak baskın ülkelere doğru hareket eden ham maddelerin ve insan sermayesinin sömürülmesidir. Navarro (183), Üçüncü Dünya'daki "sağlık alanındaki geri kalmışlığın" bu doğal ve insan kaynaklarının tükenmesinden kaçınılmaz olarak nasıl kaynaklandığını analiz etmiştir. Zenginliğin sömürülmesi, az gelişmiş ülkelerin etkili sağlık sistemleri kurma yeteneğini sınırlandırmaktadır. Birçok Üçüncü Dünya ülkesi, kendi ülkelerinde pahalı eğitim aldıktan sonra, ekonomik olarak baskın ülkelere göç eden sağlık emekçilerinin net kaybıyla karşı karşıyadır. Çokuluslu şirketler tarafından istihdam edilen yurtdışındaki işçiler de yüksek meslek hastalığı riskleriyle karşı karşıyadır (184).

Emperyalizm yoluyla şirketler ucuz iş gücü ararlar. İşçilerin verimliliği, özellikle Latin Amerika ve Asya'da, ABD'deki genişleyen endüstrilerle yakından bağlantılı hayır kurumları tarafından desteklenen halk sağlığı programlarının önemli bir hedefiydi (26, 27). Dahası, ABD ve diğer baskın ülkeler tarafından başlatılan nüfus kontrol programları, kadınların iş gücüne daha güvenilir bir şekilde katılımını hedeflemiştir (185, 186).

Emperyalizmin itici güçlerinden biri, emperyalist ülkelerde üretilen ve Üçüncü Dünya'da satılan ürünler için yeni pazarlar yaratmaktır. Çokuluslu şirketlerin sermaye birikimini artıran bu süreç, en açık şekilde ilaç ve tıbbi ekipman endüstrilerinde görülmektedir (88, 89).

Bu endüstrilerin tekelci yapısı ve ithal teknolojinin yerel araştırma ve geliştirme üzerindeki köreltici etkisi, birçok ülkede ulusal ilaç ve ekipman formüllerinin savunulmasına yol açmıştır (187, 188).

Emperyalizm uluslararası sınıf ilişkilerini güçlendirir ve tıp bu olguya katkıda bulunur (54, 189). ABD'de olduğu gibi, Üçüncü Dünya'daki tıp uzmanları da çoğunlukla yüksek gelirli ailelerden gelir. Gelmeseler bile, tıbbı sıklıkla yukarı doğru hareketlilik (sınıf atlama) yolu olarak görürler. Sonuç olarak, tıp uzmanları Üçüncü Dünya ülkelerinin kapitalist sınıfıyla ("ulusal burjuvazi") ilişki kurma eğilimindedir.

Ayrıca, yerel kapitalist sınıf ile ekonomik olarak baskın ülkelerdeki iş çıkarları arasındaki işbirliği bağlarını sıklıkla desteklerler. Sağlık uzmanlarının sınıf konumu, onları mevcut sınıf yapısını tehdit edecek sosyal değişime, ister ulusal ister uluslararası düzeyde olsun, direnmeye yöneltmiştir. Benzer desenler bazı devrim sonrası toplumlarda da ortaya çıkmıştır.

SSCB'de, uzmanlığa dayalı olarak profesyonellerin yeni sınıf konumu, onları sosyal değişim dönemlerinde nispeten muhafazakar bir grup olarak hareket etmeye yöneltmiştir (28). Devrim sonrası Küba'da tıp mesleğindeki elitist eğilimler de Marksist analistlerden eleştiri almıştır (190, 191). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, sınıf, emperyalizm ve değişime karşı mesleki direniş arasındaki ilişkiyi analiz etmiştir (130, 131, 190-195).

Emperyalizm sıklıkla doğrudan askeri fetihleri içermiştir. Son zamanlarda sağlık emekçileri Çinhindi ve Kuzey Afrika'da askeri veya paramiliter roller üstlenmiştir (196-198). Sağlık kurumları ayrıca Latin Amerika ve Asya'da isyanla mücadele ve istihbarat operasyonlarında üs olarak da yer almıştır (199).

Sağlık Hizmetleri ve Sosyalizme Geçiş

Son yıllarda özellikle Asya ve Afrika'da, Latin Amerika, Karayipler ve Güney Avrupa'nın bazı bölgelerinde de sosyalist devrim gerçekleştiren ülke sayısı önemli ölçüde arttı. Sosyalizm her derde deva değildir. Sosyalist devrim yaşayan tüm ülkelerde sayısız sorun ortaya çıkmıştır. Devrim sonrası ülkelerin çoğunda ortaya çıkan çelişkiler, Marksistler için son derece rahatsız edicidir. Bu çelişkiler yoğun analiz ve tartışmalara konu olmuştur.

Öte yandan sosyalizm, sağlık örgütlenmesinde, beslenmede, hijyende, barınmada ve diğer hizmetlerde büyük değişiklikler yaratabilir. Bu değişiklikler, karmaşık bir olaylar zinciri yoluyla, sağlıkta kayda değer iyileşmelere yol açabilir. Küba ve Çin gibi ülkelerde sosyalist devrimleri takip eden hastalık ve ölüm hızlarındaki eğilimler artık iyi bilinmektedir (190, 191, 200 - 207).

Her durumda sosyalizme geçiş, sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesine, sağlık hizmeti tesislerinin ve personelinin daha iyi dağılımına vurgu yapılmasına yol açmıştır. Komün, mahalle veya iş yerindeki yerel siyasi gruplar, sağlık eğitimi ve koruyucu tıp programlarının sorumluluğunu üstlenmiştir.

Sınıf mücadelesi, sosyalizme geçiş boyunca devam etmektedir. Şili'nin kısa süreli sosyalist yönetimi sırasında birçok profesyonel, sağlık kurumlarının demokratikleşmesine direndi ve daha önce ve sonra ülkeyi yöneten kapitalist sınıfı destekledi (130, 131, 192-195).

Çin ve Küba gibi ülkeler, sosyal sınıfın temel kaynağını ortadan kaldırmıştır: *üretim araçlarının özel mülkiyeti*. Ancak, daha önce de belirtildiği gibi, farklı uzmanlıklara dayalı yeni sınıf ilişkileri ortaya çıkmaya başladı. Sağlık profesyonelleri daha yüksek maaşlar aldılar ve daha yüksek prestij ve otorite seviyelerini korudular. Çin Kültür Devrimi'nin odak noktalarından biri, sağlık sisteminde ve toplumun diğer alanlarında güç kazanan *yeni uzman sınıfına karşı mücadeleydi* (56, 202). Küba da dahil olmak üzere diğer ülkeler bu yeni sınıf ilişkileriyle bu kadar açık bir şekilde yüzleşmediler (191).

Sağlık hizmetlerindeki iyileşme, genel ekonomik kalkınma düzeyiyle bağlantılı olmaya devam etmektedir. Örneğin, bazı Afrika ülkelerinde, şiddetli yoksulluk, örgütsel ve programatik değişiklikleri engellemektedir. Tanzanya ve Mozambik gibi ülkeler, genel ekonomik kalkınmayı sağlık hizmetlerindeki yeniliklere bağlayan sağlık planlaması yapmışlardır (208-211).

Kapitalist Reformun Çelişkileri

Avrupa ve kuzey Amerika'daki birçok ülke, kapitalist ekonomik sistemlerinin temel özelliklerini korusalar da, sağlık sistemlerinde büyük reformlar gerçekleştirmiştir. Bazı reformlar politika yapıcıların ABD için olası modeller olarak gördüğü faydalı etkiler yaratmıştır. Son dönemdeki Marksist çalışmalar birçok iyileşmeyi kabul etmekle birlikte, kapitalist sistemler içinde denenen reformlarda doğal olarak var olan sorunlu çelişkileri ortaya koymuştur. Bu çalışmaların sonuçları, ABD'de önerilen reformların başarısı konusunda iyimser değildir.

İngiltere'nin Ulusal Sağlık Hizmeti büyük ilgi çekmiştir. İngiliz sağlık hizmetinin elde ettiği inkar edilemez faydaların birçoğunu ciddi sorunlar dengelemiştir. Bu sorunların başında, hizmetin başlangıcından beri süregelen profesyonel ve kurumsal egemenlik gelmektedir. Karar alma

organları büyük oranda profesyonel uzmanlar, bankacılar ve şirket yöneticilerinden oluşmaktadır ve bunların birçoğunun ilaç ve tıbbi ekipman endüstrileriyle doğrudan veya dolaylı bağlantıları vardır (75, 110).

Daha önce ele alınan *özel – kamu çelişkisi*, ulusal sağlık hizmetleri veya evrensel sigorta programları kurmuş birçok ülkede çatışma kaynağı olmaya devam etmiştir. Özel muayenehaneler için kamu tesislerinin kullanılması, özel sektörün kamu tarafından sübvanse edilmesine odaklanan eleştirilere yol açmıştır.

Örneğin İngiltere'de bu endişe (kapsamlı bakımı engelleyen daha genel örgütsel sorunlarla birlikte), ulusal sağlık hizmetinin yakın zamanda yeniden düzenlenmesinin başlıca motivasyonlarından biriydi (110). Şili'de özel muayenehaneler için kamu tesislerinin kullanımını azaltma girişimi, örgütlü tıp mesleğinden felç edici bir muhalefete yol açmıştır (130, 131, 194). Ülkeler güçlü bir özel sektörü korurken ulusal sağlık hizmetleri kurduklarında, özel – kamu çelişkisi çatışma yaratmaya ve ilerlemeyi sınırlamaya devam edecektir.

Devlet müdahalesinin sınırları, Quebec ve İsveç örneklerinde de daha net bir şekilde ortaya çıkmıştır. Her ikisi de, özel muayenehaneleri ve ilaç ve tıbbi ekipman alanındaki kurumsal işlemleri korurken, kapsamlı sağlık sigortası programları kurmaya çalışmıştır. Son çalışmalar bu tür reformların kaçınılmaz kısıtlamalarını göstermiştir. Tesis ve personel dağılımındaki dengesizlik devam etmiş ve maliyetler yüksek kalmıştır.

Quebec ve İsveç'in reformlarının başarıları, devletin özel işletmeleri koruma sorumluluğunun ötesine geçemez (136, 212). Bu gözlem, özel piyasa mekanizmalarına dayanan ve sağlık sisteminin içinde bulunduğu daha geniş yapıları sorgulamayan ABD'deki sağlık reformlarına karşı şüpheciliğe yol açmaktadır (64, 213).

TARİHSEL MADDECİ EPİDEMİYOLOJİ

Tarihsel maddeci epidemiyoloji, sağlık hizmetleri üzerine yapılan Marksist çalışmalarda hızla büyüyen bir alandır. Kökenleri, Engels'in (1), Virchow'un (3, 4) klasik araştırmalarına ve Avrupa'daki on dokuzuncu yüzyıl toplumcu tıp okuluna dayanmaktadır. Tarihsel maddeci epidemiyoloji, basitçe tanımlamak gerekirse, ölüm ve hastalık desenlerini toplumun siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarıyla ilişkilendirir (214-216). Bu alan, değişen tarihsel hastalık desenlerini ve insanların yaşadığı ve çalıştığı özgül maddi koşulları vurgular. Bu çalışmalar bireysel analiz düzeyini aşarak, tarihsel sosyal güçlerin, en azından kısmen, sağlık ve hastalığı nasıl belirlediğini bulmaya çalışır.

Sosyal Sınıf ve Ekonomik Döngüler

Önemli kanıtlar akıl hastalığının görülme sıklığı ve yaygınlığının ekonomik büyüme veya durgunluk dönemlerini yakından takip ettiğini göstermektedir. İlişkiler karmaşıktır ve sosyal sınıfa göre farklılık gösterir (217). Ayrıca son çalışmalar özellikle istihdamın genişlemesini veya daralmasını içeren ekonomik döngüleri, çeşitli sosyal sınıflar ve yaş grupları arasında genel ölüm ve hastalık eğilimleriyle ilişkilendirmiştir (218, 219).

Stres ve Sosyal Örgütlenme

Stres konusundaki önceki ilgi genellikle *bireysel* yaşam döngüsüne veya aile birimine odaklanmıştır. Tarihsel maddeci epidemiyoloji, analiz düzeyini kapitalist üretim ve sanayileşmeyle bağlantılı stresli *sosyal örgütlenme* biçimlerine kaydırır (220). Örneğin hipertansiyon oranları, istikrarlı sosyal toplulukların bozulması ve hiyerarşik olarak kontrol edilen ve zaman baskısı altında olan iş örgütlenmesiyle sürekli olarak artmıştır. Bu gözlemler, kapitalist kalkınma çizgilerini izleyen ülkeler ve hızla sanayileşen sosyalist ülkeler için geçerlidir (221, 222). Koroner kalp hastalığı (223, 224), kanser (225), intihar (226) ve kaygı (227) ile ilgili benzer araştırmalar şu anda devam etmektedir.

Çalışma ve Kâr

Marksist işçi sağlığı çalışmaları, kapitalist endüstrilerde kârlılık ile iyileştirilmiş sağlık koşulları arasındaki çelişkileri vurgulamaktadır (184, 228). Özel araştırmalar asbest ve mezotelyoma (83),

vinil klorür komplikasyonları (123), uyuşturucu bağımlılığı (229, 230) ve kazalar (231) gibi hastalık türlerine atıfta bulunarak, işyerinin ve kâr sisteminin hastalık üreten koşullarını açıklığa kavuşturmuştur. Öte yandan sosyalist ülkelerdeki işçi sağlığı uygulamalarına ilişkin gözlemler, özel kârın değişime engel bir unsur olarak ortadan kaldırılması durumunda hızlı iyileşmelerin mümkün olduğunu göstermiştir (176, 232).

Cinsiyetçilik

Bu alandaki çalışmalar cinsiyet, sınıf yapısı ve iş süreçleri arasındaki etkileşime odaklanmaktadır. Kadın ve erkeklerin farklı iş deneyimleri, ölüm hızları ve yaşam beklentileriyle ilişkilidir (233, 234).

Tarihsel olarak, kadınların sağlık tesislerini kullanmaları ve tıp uygulayıcılarının kadın sağlığı sorunlarına yönelik tutumları, büyük ölçüde kadınların sınıf konumlarına bağlı olmuştur (161). Bu sonuç, özellikle doğum kontrol hareketi (235), psikiyatrik tanı (236) ve jinekolojik cerrahi (237) tarihinden açıkça görülmektedir. Ev kadını (238) ve ücretli işçi (239, 240) olarak kadınların karşılaştığı benzersiz sağlık tehlikeleri ve zorluklar günümüzde daha fazla ilgi çekmektedir.

Bu alandaki birleştirici temalardan biri modern tıbbın sınırlamalarıdır (15). Geleneksel epidemiyoloji, tıbbi müdahaleye uygun morbidite ve mortalite nedenlerini araştırmıştır. Geleneksel tekniklerin önemini kabul etse de, tarihsel maddeci epidemiyoloji, yalnızca sağlık hizmetlerinin erişemeyeceği geniş sosyal yapılardan kaynaklanan hastalık ve ölüm nedenleri bulmuştur.

SAĞLIK PRAKSİSİ

Marksist araştırma başka bir temel mesaj daha iletiyor: araştırmalar yeterli değil. Marksist araştırmaların tarihi boyunca önerildiği gibi "praksis", düşünce ve pratiğin, çalışma ve eylemin disiplinli bir şekilde birleştirilmesidir (129). Özellikle ABD'nin sağlık sistemiyle ilgili olarak siyasi stratejiyi dikkate almak önemlidir.

Yama Yapmanın Çelişkileri

İlerici sosyal değişim kaygısı olan sağlık emekçileri, günlük çalışmalarında zorlu ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Danışanların sorunlarının kökeni genellikle *sosyal sisteme* dayanmaktadır. Örnekler çoktur: işsizliğin ve yetersiz barınmanın acısıyla uyuşmayı tercih eden uyuşturucu bağımlıları ve alkolikler, tedavi gerektiren ancak hastalık üreten çalışma koşullarına geri dönüldüğünde kötüleşecek meslek hastalıkları olan kişiler, stres kaynaklı kardiyovasküler hastalığı olan kişiler, yetersiz olan sosyal yardım ödeneklerini almak için periyodik tıbbi sertifikaya gereksinim duyan yaşlı veya engelli kişiler, hapishane koşulları nedeniyle hastalanan mahkumlar (64, 241). Sağlık emekçileri genellikle kendilerini, bu ve benzeri birçok danışanın dile getirdiği gereksinimlere yanıt vermek zorunda hissederler.

Ancak sağlık emekçileri bunu yaparken "yama yapmaya" girişirler. Bireysel düzeyde yama, genellikle danışanların çoğu zaman sorunun kaynağı olan bir sosyal sistemde işlev görmeye devam etmelerini sağlar. Toplumsal düzeyde ise bu karşılıklı etkileşimlerin kümülatif etkisi, baskı desenleri sıklıkla hastalığa ve kişisel mutsuzluğa neden olan bir sosyal sistemin yamalanmasıdır. Sağlık emekçilerine bireysel hastalara hizmet etmeyi öğreten tıbbi model, dikkati bu zor ve korkutucu ikilemden uzaklaştırır (64).

Yama yapmanın çelişkilerinin basit bir çözümü yoktur. Açıkça görülüyor ki, bu hizmetler hastaların hastalık üreten sosyal yapılara katılımına izin verse bile, sağlık emekçileri hastalara hizmet vermeyi reddedemezler. Öte yandan, sosyal sorunlar ile kişisel sorunlar arasındaki bu bağlantıyı kurmak önemlidir (242). Sağlık praksisi, klinik faaliyetleri doğrudan temel sosyopolitik değişimi hedefleyen çabalara bağlamalıdır. Marksist analiz, siyasi stratejinin bazı verimli yönlerini açıklığa kavuşturmuştur.

Reformist ve Reformist Olmayan Reformlar

Baskıcı toplumsal koşulların varlığında, bunları iyileştirmeye yönelik reformlar makul görünmektedir. Bununla birlikte kapitalist ülkelerdeki reform tarihi, reformların çoğunlukla toplumsal protestoları takip ettiğini, genel baskı desenlerini değiştirmeyen kademeli iyileştirmeler sağladığını ve protestolar azaldığında kısıtlamalarla karşılaştığını göstermiştir. Sağlık praksisi, reform önerilerinin dikkatli bir şekilde incelenmesini ve ilerici bir etkiye sahip olacak reformların savunulmasını içerir.

Gorz'un (243) geliştirdiği bir ayrım bu sorunu açıklığa kavuşturuyor. "Reformist reformlar", mevcut siyasi ve ekonomik yapıları olduğu gibi bırakırken, küçük maddi iyileştirmeler sağlar. Bu reformlar, sistemin mevcut halini korumaya yardımcı olurken, belirli dönemlerde hoşnutsuzluğu azaltabilir:

> "Reformist bir reform, hedefleri belirli bir sistem ve politikanın rasyonellik ve uygulanabilirlik kriterlerine tabi kılan bir reformdur... [Bu reform], sistemin korunmasıyla bağdaşmayan hedefleri ve talepleri, ne kadar derin bir gereksinim olursa olsun, reddeder".

"Reformist olmayan reformlar" mevcut sistemin güç ve mali yapılarında gerçek ve kalıcı değişiklikler sağlar. Reformist olmayan reformlar küçük artımlı (kademeli) iyileştirmelerle sömürü kaynaklarını gizlemek yerine, yapısal eşitsizlikleri ortaya çıkarır ve vurgular. Bu tür reformlar nihayetinde toplumda hayal kırıklığını ve siyasi gerilimi artırır. Bu siyasi enerji kaynaklarını azaltmayı amaçlamazlar.

Gorz'un (243) belirttiği gibi:

> "...ara reformları reddetmememiz gerekse de... bunların bir amaç değil, bir araç, ilerleyici bir mücadelenin dinamik aşamaları olarak görülmesi, durak noktaları olarak görülmemesi şartıyla..."

Bu bakış açısıyla sağlık emekçileri, mevcut sağlık reformu önerilerinden hangilerinin reformist, hangilerinin reformist olmayan olduğunu ayırt etmeye çalışabilirler. Ayrıca, ikincisini destekleyerek ve birincisine karşı çıkarak aktif savunuculuk rolleri üstlenebilirler. Bu ayrım nadiren kolay olsa da, belirli önerilere atıfta bulunularak ayrıntılı bir şekilde analiz edilmiştir (64, 83, 107, 213, 244).

Reformist reformlar, sağlık sisteminin genel yapısını temelden değiştirmeyecektir. Örneğin, Ulusal Sağlık Sigortası, sağlık sisteminin örgütlenmesinde değil, esas olarak finansmanında değişiklikler yaratacaktır. Bu reform, bazı hastaların mali krizlerini azaltabilir, sağlık emekçileri ve hastaneler için ödemelerin güvence altına alınmasına yardımcı olabilir.

Öte yandan, ulusal sağlık sigortası, tıp endüstrisinin kârını kontrol etmek veya sağlık tesislerinin ve personelinin yanlış dağılımı sorunlarını düzeltmek için çok az şey yapacaktır. Kademeli yaklaşımı ve özel piyasa süreçlerine bağımlılığı, şu anda sağlık sistemine hakim olan aynı ekonomik ve mesleki çıkarları koruyacaktır (64, 83, 213).

Reformist reformların diğer örnekleri arasında sağlık bakım kuruluşları, ön ödemeli grup uygulamaları, tıp vakıfları ve profesyonel standart inceleme kuruluşları yer almaktadır (64, 213). Tüketici kooperatifleri olarak örgütlenen nadir istisnalar dışında, bu yenilikler sağlık hizmetlerinde profesyonel hakimiyeti korumaktadır (245).

Mevcut hizmetlerin yanlış dağılımını iyileştirmek için çok az teşvik olmuştur. Dahası, büyük özel şirketler bu alana hızla girerek, kâr amacı güden sağlık bakım kuruluşlarına sponsor olmuş ve akran değerlendirmesi için teknolojik yardımcılar pazarlamıştır (81).

Yakın zamana kadar ABD'de ulusal bir sağlık hizmetine destek nadirdi. Bununla birlikte, birkaç yıldır Marksist analistler, ulusal bir sağlık hizmeti için ön taslaklar hazırlamak üzere Kongre üyeleriyle birlikte çalışmaktadır (152). Bu öneriler yürürlüğe girerse, çeşitli yönlerden ilerici olacaktır. Sağlık sektöründeki özel kârı sıkı bir şekilde sınırlandırmayı vaat ediyorlar. Büyük sağlık kurumlarının çoğu kademeli olarak devlet mülkiyetine geçecektir.

Merkezi sağlık planlaması, yerel konseylerden gelen politika girdileriyle birleşerek duyarlılığı artıracak ve mesleki hakimiyeti sınırlayacaktır. Progressive (artan oranlı) vergilendirme yoluyla finansman, özellikle düşük gelirli hastaların yararına olacak şekilde tasarlanmıştır. Yetersiz hizmet alan bölgelerde zorunlu uygulama dönemleri, yanlış dağıtım sorununu ele alacaktır. Ulusal bir ilaç ve tıbbi ekipman formülünün nihai olarak geliştirilmesi, sağlık sektöründeki tekelci sermayeyi kısıtlamayı vaat etmektedir.

Bu önerilerin siyasi açıdan umutları zayıf olsa da, destek giderek artıyor. Örneğin, Amerikan Halk Sağlığı Birliği Yönetim Kurulu, toplum temelli ve artan oranlı vergilendirme ile finanse edilecek

ulusal bir sağlık hizmeti kavramını destekleyen iki karar aldı (246, 247). Bu reform, muhtemelen hayal kırıklığı ve değişim baskısı yaratacak çelişkiler içeriyor. Özellikle, bu öneriler özel muayenehanelerin devam etmesine ve dolayısıyla özel – kamu ikiliğinin eşitsizliklerine izin verecektir. Bununla birlikte, ulusal bir sağlık hizmeti daha duyarlı bir şekilde örgütlenmiş bir sistem için model sağladığından, bu reformun savunulması sağlık pratiğinin önemli bir parçası gibi görünüyor (207).

Sağlık Bakımı ve Siyasal Mücadele

Ancak temel toplumsal değişim, yasama yoluyla değil, doğrudan siyasi eylem yoluyla gerçekleşir. Şu anda mahalle sakinleri ve sağlık emekçilerinden oluşan koalisyonlar, kendilerini etkileyen sağlık kurumlarının yönetim organları üzerinde kontrol sağlamaya çalışıyor (111, 117-120). Sağlık kurumlarındaki sendikalaşma faaliyetleri ve azınlık gruplarının örgütlenmesi, önceki tabakalaşma modellerini değiştirmek için baskı uyguluyor (248-252).

Devrimci bir parti aracılığıyla devletin kontrolünü ele geçirmek, sosyalizmin gelişi için mücadele eden aktivistler için merkezi bir stratejik sorun olmaya devam etmektedir (124). Parti kurma çalışmaları şu anda ABD genelinde gerçekleşmektedir.

“Öncü parti” savunucuları tarihsel olarak bütün başarılı devrimlerin, tutarlı bir ideolojiye sahip olan ve siyasi ve ekonomik çalkantı dönemlerinde kitle desteği çeken küçük bir öncü grubun çabalarından kaynaklandığına inanmaktadır. Öncü yaklaşımı benimseyen aktivistler sıklıkla alt kademe sağlık emekçisi olarak işe girerler, sendikalaşma çabaları sırasında üye toplarlar ve işler ve sağlık hizmetlerindeki kesintilere karşı çıkarlar.

“Kitle partisi” destekçileri, kitle örgütlenmesinin tutarlı bir ideolojinin gelişmesinden önce gelmesi gerektiğini, bu nedenle siyasi enerjilerin bir dizi antikapitalist görüşü benimseyen ittifaklar kurmaya yönlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Kitle partisi örgütleyicileri yerel sağlık programları, işçi sağlığı ve güvenliği, kadın sağlığı sorunları, tıp alanına azınlıkların kazandırılması ve iyileştirilmiş sağlık hizmetleri için seçim kampanyaları üzerinde toplum – emekçi kontrolü sağlamaya çalışmaktadır (254).

Tıbbi ideolojinin etkisini fark etmek, mevcut ideolojik kalıpları gizemden arındırma ve alternatifler geliştirme girişimlerini motive etmiştir. Bu “karşı-hegemonyacı” çalışma, genellikle uyuşturucu

bağımlılığı, genetik tarama, doğum kontrolü ve kısırlaştırma suiistimali, psikocerrahi ve kadın sağlığı bakımı gibi alanlarda tıbbın sosyal kontrol işlevine karşı çıkmayı içerir. Kendi kendine bakım ve hiyerarşik olmayan, anti-kapitalist uygulama biçimleri geliştirmeye çalışan bir alternatif sağlık programları ağı ortaya çıkmıştır. Bu girişimler, gelecekteki siyasi değişim daha geniş kabul görmelerine izin verdiğinde ilerici sağlık çalışmalarının modellerini sağlayacaktır (255-259).

Anti-emperyalist örgütlenmede, çeşitli gruplar zulüm gören sağlık emekçilerine yardım etmiş ve işkenceye tıbbi suç ortaklığına karşı seslerini yükseltmişlerdir (130, 131, 260). Sağlık ve bilim emekçileri ayrıca işçi sağlığı projelerinde ve sendikalaşma mücadelelerinde tarihsel maddeci epidemiyolojiyi kullanmışlardır.

Marksist bakış açısına yönelik yaygın bir eleştiri, az çözüm sunan birçok sorun ortaya koymasıdır. Bununla birlikte bu alandaki son gelişmeler, siyasi stratejinin bazı yararlı yönlerini açıklığa kavuşturmuştur. Bu mücadele uzun sürecek ve birçok cephede eylem gerektirecektir. Mevcut durum uyum sağlamaya veya yanlış yönlendirilmiş iyimserliğe pek yer bırakmamaktadır. Gelecekteki sağlık sistemimiz ve onun bir parçası olacağı toplumsal düzen, büyük ölçüde şimdi seçeceğimiz pratiğe bağlıdır.

Howard Waitzkin
Annals of Internal Medicine, 89 (2): 264 – 278, 1978

KAYNAKLAR

1. ENGELS F: The Condition of the Working Class in England in 1844. Stanford, Stanford University Press, 1968 (1845)

2. MARX K, ENGELS F: The Communist Manifesto. New York, International, 1948(1848)

3. VIRCHOW R: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der oeffentlichen Medizin und der Seuchenlehre, Vol. 1. Berlin, Hirschwald, 1879, pp. 305, 321-334

4. VIRCHOW R: Uber den Hungertyphus und einige verwandte Krankheitsformen. Berlin, Hirschwald, 1868

5. BERLINER H: Notes on the historical precursors of materialist epidemiology. Health Movement Organization 1:5-7, 1976

6. ACKERKNECHT EH: Rudolf Virchow. Madison, University of Wisconsin Press, 1953, pp. 159-181

7. ROSEN G: From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care. New York, Science History Publications, 1974

8. VIRCHOW R: Briefe an seine Eltern. Leipzig, Engelmann, 1906, pp. 121-164

9. DUBOS R: The Mirage of Health. New York, Anchor, 1959

10. KASS EH: Infectious disease and social change. J Infect Dis 123:110 114, 1971

11. MCKEOWN T: An historical appraisal of the medical task, in Medical History and Medical Care, edited by MCKEOWN T, MCLACHLAN G. New York, Oxford University Press, 1971

12. MCKEOWN T: The Modern Rise of Population. New York, Academic Press, 1977

13. COCHRANE AL: Efficiency and Effectiveness: Random Reflections on Health Services. London, Nuffield Hospitals Trust, 1972

14. ILLICH I: Medical Nemesis. New York, Pantheon, 1976

15. POWLES J: On the limitations of modern medicine. Sci Med Man 1:1 30, 1973

16. HAGGERTY RJ: The boundaries of health care. Pharos 35:106-111, 1972

17. CARLSON R: The End of Medicine. New York, Wiley, 1975

18. FLEXNER A: Medical Education in the United States and Canada. New York, Carnegie Foundation, 1910

19. BROWN ER: Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in the Progressive Era. Berkeley, University of California Press, 1979, in press

20. BERLINER H: A larger perspective on the Flexner Report. Int J Health Serv 5:573-592, 1975

21. KUNITZ SJ: Professionalism and social control in the progressive era: the case of the Flexner Report. Soc Problems 22:16-27, 1974

22. EHRENREICH B, ENGLISH D: Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers. Old Westbury, New York, Feminist Press, 1973
23. KLEINBACH (ZIEM) G: Social structure and the education of health personnel. Int J Health Serv 4:297-317, 1974
24. ZIEM G: Medical education since Flexner. Health/PAC Bull 76:8-14, 23, 1977
25. NIELSEN WA: The Big Foundations. New York, Columbia University Press, 1972
26. BROWN ER: Public health in imperialism: early Rockefeller programs at home and abroad. Am J Public Health 66:897-903, 1976
27. DONALDSON PJ: Foreign intervention in medical education. Int J Health Serv 6:251-270, 1976
28. NAVARRO V: Social Security and Medicine in the USSR: A Marxist Critique. Lexington, Massachusetts, Heath, 1977
29. ALLENDE S: La Realidad Medico-Social Chilena. Santiago, Ministerio de Salubridad, Prevision y Asistencia Social, 1939
30. BETHUNE N: A plea for early decompression in pulmonary tuberculosis. Can Med Assoc 727:36-42, 1932
31. BETHUNE N: Wounds, in "Away with All Pests ...": An English Surgeon in People's China, edited by HORN JS. New York, Monthly Review Press, 1969
32. ALLAN T, GORDON S: The Scalpel, The Sword: The Story of Doctor Norman Bethune. New York, Monthly Review Press, 1974
33. GUEVARA E: On revolutionary medicine, in Venceremos, edited by GERASSI J. New York, Simon & Schuster, 1969
34. HARPER G: Ernesto Guevara, M.D.: physician—revolutionary physician—revolutionary. N Engl J Med 281:1285-1289, 1969
35. GINZBERG E: The political economy of health. Bull NY Acad Med 41:1015-1036, 1965
36. ROSSDALE M: Health in a sick society. New Left Rev 34:82-90, Nov Dec 1965
37. POLACK JC: La Medecine du Capital. Paris, Maspero, 1970
38. KELMAN S: Towards a political economy of health care. Inquiry 8:30 38, 1971
39. MARX K: A Contribution to the Critique of Political Economy. New York, International, 1971 (1859)
40. MARX K: The Economic and Philosophic Manuscripts of 1844. New York, International, 1964
41. MARX K: Capital, Vol. 1, Moscow, Progress Publishers, 1963 (1890)
42. WEBER M: Class, status, party, in Max Weber: Essays in Sociology, edited by GERTH HH, MILLS CW. New York, Galaxy, 1958

43. BERLE A A: Power Without Property. New York, Harcourt, Brace, Jovanovich, 1962
44. GALBRAITH JK: The New Industrial State. Boston, Houghton Mifflin, 1972
45. BELL D: The Coming of Postindustrial Society. New York, Basic Books, 1973
46. BENDIX R, LIPSET SM (eds.): Class, Status and Power. New York, Free Press, 1966
47. LIPSET SM, BENDIX R: Social Mobility in Industrial Society. Berkeley, University of California Press, 1964
48. DAHRENDORF R: Class and Class Conflict in Industrial Society. Stanford, Stanford University Press, 1959
49. JENCKS C: Inequality. New York, Harper, 1972
50. MILLER SM, ROBY P: The Future of Inequality. New York, Basic Books, 1970
51. RAWLS J: A Theory of Justice. Cambridge, Harvard University Press, 1971
52. ANDERSON CH: The Political Economy of Social Class. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1974
53. POULANTZAS N: Political Power and Social Classes. London, New Left Books, 1973
54. POULANTZAS N: Classes in Contemporary Capitalism. London, New Left Books, 1975
55. BETTELHEIM C: Class Struggles in the USSR. New York, Monthly Review Press, 1976
56. EHRENREICH J: The dictatorship of the proletariat in China. Monthly Rev 27:16-28, Oct 1975
57. HILL J: Class Analysis: United States in the 1970's. Emeryville, California, League for Proletarian Socialism, 1975
58. GIDDENS A: The Class Structure of the Advanced Societies. New York, Barnes and Noble, 1973
59. MILIBAND R: The State in Capitalist Society. New York, Basic Books, 1969
60. NAVARRO V: Social policy issues: an explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States. Bull NY Acad Med 51:199-234, 1975
61. NAVARRO V: The underdevelopment of health in working America. Am J Public Health 66:538-547, 1976
62. NAVARRO V: Medicine Under Capitalism. New York, Prodist, 1976
63. U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE: Statistical Abstracts of the United States, 1976. Washington, D.C., Government Printing Office, 1976, p. 377
64. WAITZKIN H, WATERMAN B: The Exploitation of Illness in Capitalist Society. Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1974
65. BULLOUGH B: Barriers to the nurse practitioner movement. Int J Health Serv 5:225-233, 1975
66. CANNINGS K, LAZONICK W: The development of the nursing labor force in the United States. Int J Health Serv 5:185-216, 1975

67. EHRENREICH B, EHRENREICH J: Hospital workers: a case study of the new working class. Monthly Rev 24:12-27, Jan 1973
68. TWADDLE AC, STOECKLE JD: Non-physician health workers: some problems and prospects. SocSciMed 8:71-76, 1974
69. TWADDLE AC, HESSLER RM: A Sociology of Health. St. Louis, Mos by, 1977, pp. 202-216
70. BRAVERMAN H: Labor and Monopoly Capital. New York, Monthly Review Press, 1974, pp. 293-449
71. STEVENSON G: Social relations of production and consumption in the human service occupations. Monthly Rev 28:78-87, Jul-Aug 1976
72. BROWN CA: The division of laborers: allied health professions. Int J Health Serv 3:435-444, 1973
73. MCKINLAY JB: The changing political and economic context of the patient-physician encounter, in The Doctor-Patient Relationship in the Changing Health Scene, edited by GALLAGHER EB. DHEW Publication No. [NIH] 78-183. Washington, D.C., Government Printing Office, 1978
74. SIMPSON MA: Medical Education: A Critical Approach. London, Butterworths, 1972
75. ROBSON J: The NHS Company, Inc.? the social consequences of the professional dominance in the National Health Service. Int J Health Serv 3:413-426, 1973
76. BARAN PA, SWEEZY PM: Monopoly Capital. New York, Monthly Review Press, 1966
77. EDWARDS RC, REICH M, WEISSKOPF TE (EDS): The Capitalist System. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1978
78. HUNT EK, SHERMAN HJ: Economics: An Introduction to Traditional and Radical Views. New York, Harper & Row, 1975
79. BODENHEIMER T: Health care in the United States: who pays? Int J Health Serv 3:427-434, 1973
80. LANDER L: National Health Insurance. New York, Health Policy Advisory Center, 1975
81. SALMON JW: Health maintenance organization strategy: a corporate takeover of health services. Int J Health Serv 5:609-624, 1975
82. EHRENREICH B, EHRENREICH J (eds.): The American Health Empire. New York, Vintage, 1970
83. KOTELCHUCK D (ed.): Prognosis Negative. New York, Vintage, 1976
84. CONCERNED RUSH STUDENTS: Turning prescriptions into profits. Sci for the People 8:6-9, 30-32, Nov-Dec 1976; 9:6-9, 30-32, Jan-Feb 1977
85. KARNER W: Zur Strategic der pharmazeutischen Industrie. Fortschr Wissenschaft (Vienna)

3/4:8-30, 1976
86. SILVERMAN M, LEE RP: Pills, Profits, and Politics. Berkeley, University of California Press, 1974
87. LICHTMAN R: The political economy of medical care, in The Social Organization of Health, edited by DREITZEL HP. New York, Macmillan, 1971
88. SILVERMAN M: The Drugging of the Americas. Berkeley, University of California Press, 1976
89. LALL S: Medicines and multinationals. Monthly Rev 28:19-30, Mar 1977
90. WAITZKIN H: How capitalism cares for our coronaries, in The Doctor Patient Relationship in the Changing Health Scene, edited by GALLAGHER EB. DHEW Publication No. [NIH] 78-183. Washington D.C., Government Printing Office, 1978
91. MILLMAN M: The Unkindest Cut: Life in the Backrooms of Medicine. New York, Morrow, 1977
92. MATHER HG, MORGAN DC, PEARSON NG, READ KLQ, SHAW DB, STEED GR, THORNE MG, LAWRENCE CJ, RILEY IS: Myocardial in farction: a comparison between home and hospital care for patients. Br Med J 1:925-929, 1976
93. RODBERG L, STEVENSON G: The health care industry in advanced capitalism. Rev Radical Polit Econ 8:104-115, Spring 1977
94. BLOOM BS, PETERSON OL: End results, cost and productivity of coronary-care units. N Engl J Med 288:72-78, 1973
95. MARTIN SP, DONALDSON MC, LONDON CD, PETERSON OL, COLTON T: Inputs into coronary care during 30 years: a cost-effectiveness study. Ann Intern Med 81:289-293, 1974
96. STROSS JK, WILLIS PW III, REYNOLDS EW, LEWIS RE, SCHATZ IJ, BELLFY LC, COPP J: Effectiveness of coronary care units in small community hospitals. Ann Intern Med 85:709-713, 1976
97. CULLEN DJ, FERRARA LC, BRIGGS BA, WALKER PF, GILBERT J: Survival, hospitalization charges and follow-up results in critically ill patients. N Engl J Med 294:982-987, 1976
98. OLSEN DM, KANE RL, PROCTOR PH: A controlled trial of multiphasic screening. N Engl J Med 294:925-930, 1976
99. MCNEIL BJ, KEELER E, ADELSTEIN SJ: Primer on certain elements of medical decision making. N Engl J Med 293: 211-215, 1975
100. SCHOENBAUM SC, MCNEIL BJ, KAVET J: The swine-influenza decision. N Engl J Med 295:759-765, 1976
101. MARX K: The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte. New York, International, 1963

(1852)
102. MARX K: Critique of the Gotha Programme. New York, International, 1966(1875)
103. MILLS CW The Power Elite. New York, Galaxy, 1959
104. DOMHOFF GW: The Higher Circles. New York, Vintage, 1970
105. SAN FRANCISCO BAY AREA KAPITALISTATE COLLECTIVE: Water gate, or the Eighteenth Brumaire of Richard Nixon. Kapitalistate 3:3 24, Spring 1975
106. ALFORD RR: The political economy of health care: dynamics without change. Politics Soc 2:127-164, 1972
107. ALFORD RR: Health Care Politics. Chicago, University of Chicago Press, 1975
108. MARMORT: The Politics of Medicare. Chicago, Aldine, 1973
109. WlLLCOCKS J: The Creation of the National Health Service: A Study of Pressure Groups and a Major Social Policy Decision. London, Rout ledge & Kegan Paul, 1967
110. GILL DG: The reorganization of the national health service. Sociol Rev (Monogr) 22:9-22, 1976
111. MULLAN F: White Coat, Clenched Fist. New York, Macmillan, 1976
112. PFEFFER J: Size, composition, and functions of hospital boards of directors: a study of organization-environment linkage. Admin Sci Q 18:349-364, 1973
113. KRAUSE E: Health planning as a managerial ideology. Int J Health Serv 3:445-463, 1973
114. KRAUSE E: The political context of health service regulation. Int J Health Serv 5:593-607, 1975
115. KRAUSE E: Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care. New York, Elsevier, 1977
116. KOMAROFF AL: Regional medical programs in search of a mission. N Engl J Med 284:758-764, 1971
117. WAITZKIN H: Expansion of medical institutions into urban residential areas. N Engl J Med 282:1003-1007, 1970
118. WAITZKIN H, SHARRATT J: Controlling medical expansion. Society 14:30-35, Jan-Feb 1977
119. WAITZKIN H: What to do when your local medical center tries to tear down your home. Sci for the People 9:22-23, 28-39, Mar-Apr 1977
120. WAITZKIN H, WALLEN J, SHARRATT J: Homes or hospitals? A current urban dilemma. Int J Health Serv, 1979, in press.
121. BAZELL R: Behind the cancer campaign. Ramparts 10:29-34, Dec 1971
122. GREENBERG DS: "Progress" in cancer research—don't say it isn't so. N Engl J Med 292:707-

708, 1975
123. WEGMAN DH, PETERS JM, JAEGER RJ, BURGESS WA, BODEN LI: Vinyl chloride: can the worker be protected? N Engl J Med 294:653 657, 1976
124. LENIN VI: The State and Revolution. Peking, Foreign Languages Press, 1973 (1917)
125. OFFE C: Advanced capitalism and the welfare state. Politics Soc 2:479 488, 1972
126. OFFE C: The theory of the capitalist state and the problem of policy formation, in Stress and Contradiction in Modern Capitalism, edited by LINDBERG LN, ALFORD R, CROUCH C, OFFE C. Lexington, Massachusetts, Lexington Books, 1975
127. O'CONNOR J: The Fiscal Crisis of the State. New York, St. Martin's, 1973
128. ALTHUSSER L: Lenin and Philosophy and Other Essays. New York, Monthly Review Press, 1971
129. GRAMSCI A: Selections from the Prison Notebooks. New York, Inter national, 1971
130. WAITZKIN H, MODELL H: Medicine, socialism, and totalitarianism: lessons from Chile. N Engl J Med 291:171-177, 1974
131. MODELL H, WAITZKIN H: Medicine and socialism in Chile. Berkeley J Sociol 19:1-35, 1974
132. LAW S: Blue Cross: What Went Wrong. New Haven, Yale University Press, 1976
133. BLAKE E, BODENHEIMER T: Closing the Doors to the Poor. San Francisco, Health Policy Advisory Center, 1975
134. ROEMER MI, MERA JA: "Patient dumping" and other voluntary agency contributions to public agency problems. Med Care 11:30-39, 1973
135. NAVARRO V: Social class, political power and the state and their implications in medicine. Soc Sci Med 10:437-457, 1976
136. RENAUD M: On the structural constraints to state intervention in health. Int J Health Serv 5:559-571, 1975
137. PIVEN FF, CLOWARD RA: Regulating the Poor. New York, Vintage, 1971
138. SIGERIST HE: Landmarks in the History of Hygiene. London, Oxford University Press, 1956
139. COMMITTEE ON GOVERNMENT OPERATIONS, UNITED STATES SENATE: Confidence and Concern: Citizens View American Government: A Survey of Public Attitudes. Washington, D.C., Government Printing Office, 1973
140. FEIN R: The new national health spending policy. N Engl J Med 290:137-140, 1974
141. SALMON JW: Monopoly capital and its reorganization of the health sector. Rev Radical Polit Econ 8:125-133, Spring 1977
142. GREENBERG DS: Report of the President's Biomedical Panel and the old days at FDA. N

Engl J Med 294:1245-1246, 1976
143. FUCHS VR: Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice. New York, Basic Books, 1974
144. WHITE LS: How to improve the nation's health. N Engl J Med 293:773-774, 1975
145. FORD G: State of the Union Message. Washington, D.C., Government Printing Office, 1976
146. LALONDE M: A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Information Canada, 1974
147. NAVARRO V: The industrialization of fetishism or the fetishism of in dustrialization: a critique of Ivan Illich. Soc Sci Med 9:351-363, 1975
148. WAITZKIN H: Recent studies in medical sociology: the new reductionism. Contemp Sociol 5:401-405, 1976
149. HIGGINSON J: Developments in cancer prevention through environ mental control, in Cancer Detection and Prevention, Vol. 2, edited by MALTONI C. New York, American Elsevier, 1974, pp. 3-18
150. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: Chart Book. Health and Work in America. Washington, D.C., The Association, 1975
151. SPECIAL TASK FORCE TO THE SECRETARY OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE: Work in America. Cambridge, MIT Press, 1973, pp. 73-79
152. COMMUNITY HEALTH ALTERNATIVES PROJECT: Model Legislation for a National Community Health Service. Washington, D.C., Institute for Policy Studies, 1975
153. ENGELS F: The Origin of the Family, Private Property and the State. New York, International, 1942 (1891)
154. MARX K: Capital, Vol. 3, Moscow, Progress Publishers, 1971 (1894)
155. BOGGS C: Gramsci's Marxism. New York, Urizen, 1976, pp. 36-54
156. HABERMAS J: Toward a Rational Society. Boston, Beacon, 1970, pp. 81-122
157. YOUNG RM: Evolutionary biology and ideology: then and now, in The Biological Revolution, edited by FULLER W. Garden City, New York, Anchor, 1971
158. GORZ A: Technical intelligence and the capitalist division of labor. Telos 12:27-41, Summer 1972
159. BERLINER H: Emerging ideologies in medicine. Rev Radical Polit Econ 8:116-124, Spring 1977
160. EHRENREICH B, EHRENREICH J: Health care and social control. Soc Policy 5:26-40, May-June 1974
161. EHRENREICH B, ENGLISH D: Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness.

Old Westbury, New York, Feminist Press, 1973
162. ZOLA IK: Medicine as an institution of social control. Sociol Rev 20:487-504, 1972
163. ZOLA IK: In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. Soc Sci Med 9:83-87, 1975
164. MCKINLAY JB: On the professional regulation of change. Sociol Rev (Monogr) 20:61-84, 1973
165. Fox RC: The medicalization and demedicalization of American society. Daedalus 106:9-22, 1977
166. PFOHL SJ: The "discovery" of child abuse. Soc Problems 24:310-323, 1977
167. DIVOKY D, SCHRAG P: The Myth of the Hyperactive Child. New York, Pantheon, 1976
168. CONRAD P: The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. Soc Problems 23:12-21, 1975
169. CONRAD P: Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior. Lexington, Massachusetts, Heath, 1976
170. MILLER L: Genetic disease and social pathology. Ethics Sci Med 4:29 50, 1977
171. BECK WITH J, MILLER L: Behind the mask of objective science. The Sciences (New York) 16-19, 29-31, Nov-Dec 1976
172. WAITZKIN H: Latent functions of the sick role in various institutional settings. Soc Sci Med 5:45-75, 1971
173. MARKOWITZ G: Doctors in crisis: a study of the use of medical education reform to establish modern professional elitism in medicine. Am Q 25:83-107, 1973
174. FREIDSON E: Professional Dominance. New York, Atherton, 1970
175. HOLMAN HR: The "excellence" deception in medicine. Hosp Pract 11:11-21, Apr 1976
176. SCIENCE FOR THE PEOPLE: Science Walks on Two Legs. New York, Avon, 1974
177. HARRINGTON C: Medical ideologies in conflict. Med Care 13:905-914, 1975
178. WAITZKIN H, STOECKLE JD: The communication of information about illness: clinical, sociological, and methodological considerations. Adv Psychosom Med 8:180-215, 1972
179. WAITZKIN H, STOECKLE JD: Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project. Soc Sci Med 10:263-276, 1976
180. WATERMAN B, WAITZKIN H: Ideology and social control in the doctor-patient relationship. Health Movement Organization 4, 1978, in press
181. LENIN VI: Imperialism: The Highest Stage of Capitalism. New York, International, 1939
182. MAGDOFF H: The Age of Imperialism: The Economics of U.S. Foreign Policy. New York, Monthly Review Press, 1969

183. NAVARRO V: The underdevelopment of health or the health of under development: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America. Politics Soc 4:267-293, 1974

184. ELLING RH: Industrialization and occupational health in underdeveloped countries. Int J health Serv 7:209-235, 1977

185. MASS B: Population Target: The Political Economy of Population Control in Latin America. Toronto, Latin American Working Group, 1976

186. PARK RM: Not better lives, just fewer people: the ideology of population control. Int J Health Serv 4:691-700, 1974

187. KATZ J: Oligopolio, Firmas Nacionales y Empresas Multinacionales. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 1974

188. Rios: El Escandalo de las Medicinas. Mexico City, EM, 1977

189. ROSENBERG SJ, BAMAT T: Imperialism and the state. Insurgent Sociologist 7:3-8, Spring 1977

190. NAVARRO V: Health services in Cuba: an initial appraisal. N Engl J Med 287:954-959, 1972

191. NAVARRO V: Health, health services and health planning in Cuba. Int J Health Serv 2:397-432, 1972

192. NAVARRO V: What does Chile mean? an analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration. Milbank Mem Fund Q 52:93-130, 1974

193. MODELL H, WAITZKIN H: Socialism and health care in Chile. Month ly Rev 27:29-40, May 1975

194. BELMAR R, SIDEL VW: An international perspective on strikes and strike threats by physicians: the case of Chile. Int J Health Serv 5:53 64, 1975

195. APHA TASK FORCE ON CHILE: History of the health care system in Chile. Am J Public Health 67:31-36, 1977

196. LIBERMAN R, GOLD W, SIDEL VW: Medical ethics and the military. New Physician 11:299-309, 1968

197. LEVY H: Bringing the war back home. Health/PAC Bull 1-8, April 1970

198. FANON F: A Dying Colonialism. New York, Grove, 1967

199. RACK C: U.S. medical research abroad. Sci for the People 9:20-26, Jan Feb 1977

200. GUTTMACHER S, DANIELSON R: Changes in Cuban health care: an argument against technological pessimism. Int J Health Serv 7:383 400, 1977

201. DANIELSON R: Cuban Medicine. New Brunswick, New Jersey, Trans action Books, 1978, in press

202. HORN JS: "Away With All Pests . . . ": An English Surgeon in People's China. New York, Monthly Review Press, 1969
203. SIDEL VW, SIDEL R: Serve the People: Observations of Medicine in the People's Republic of China. Boston, Beacon, 1973
204. POWERS JZ, PURCELL EF (eds.): Medicine and Society in China. New York, Macy, 1974
205. WEN CP, HAYS CW: Medical education in China in the Postcultural Revolution era. N Engl J Med 292:998-1006, 1975
206. CHENG TO, AXELROD L, LEAF A: Medical education and practice in People's Republic of China. Ann Intern Med 83:716-724, 1975
207. SIDEL VW, SIDEL R: A Healthy State. New York, Pantheon, 1977
208. SEGALL M: The politics of health in Tanzania, in Toward Socialist Planning. Dar es Salaam, Tanzania Publishing House, 1972
209. TURSHEN M: The impact of colonialism on health and health services in Tanzania. Int J Health Serv 7:7-35, 1977
210. GISH O: Planning the Health Sector: The Tanzanian Experience. New York, Holmes and Meier, 1976
211. SEGALL M: Health and national liberation in the People's Republic of Mozambique. Int J Health Serv 7:319-325, 1977
212. NAVARRO V: National and Regional Health Planning in Sweden. DHEW Publication No. [NIH] 74-240. Washington, D.C., Govern ment Printing Office, 1974
213. NAVARRO V: A critique of the present and proposed strategies for redistributing resources in the health sector and a discussion of alternatives. Med Care 12:721-742, 1974
214. SCHNALL P: An introduction to historical materialist epidemiology. Health Movement Organization 2:1-9, 1977
215. ZIEM G: Toward a historical materialist epidemologic practice. Health Movement Organization 2:10-13, 1977
216. TURSHEN M: The political ecology of disease. Rev Radical Polit Econ 8:45-60, Spring 1977
217. BRENNER H: Mental Illness and the Economy. Cambridge, Harvard University Press, 1973
218. WALDRON I, EYER J: Socioeconomic causes of the recent rise in death rates for 15-24 year olds. Soc Sci Med 9:383-396, 1975
219. EYER J: Prosperity as a cause of death. Int J Health Serv 7:125-150, 1977
220. EYER J, STERLING P: Stress-related mortality and social organization. Rev Radical Polit Econ 8:1-44, Spring 1977
221. EYER J: Hypertension as a disease of modern society. Int J Health Serv 5:530-558, 1975

222. SHERER H: Hypertension. Health Movement Organization 2:83-90, 1977
223. SCHNALL P: An analysis of coronary heart disease using historical materialist epidemiology. Health Movement Organization 2:73-82, 1977
224. MCKINLAY JB: A case for refocussing upstream—the political economy of illness, Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk. Seattle, American Heart Association Conference Preceedings, 1974
225. SCHNALL P: Economic and social causes of cancer. Health Movement Organization 2:61-71, 1977
226. HOPPER K, GUTTMACHER S: Suicide. Health Movement Organization 2:32-56, 1977
227. EMBREE S: Anxiety: the problem of change in capitalist society. Health Movement Organization 2:14-22, 1977
228. GAYNOR D: Materialist epidemiology applied to occupational health and safety. Health Movement Organization 2:23-28, 1977
229. MCCOY AW: The Politics of Heroin in Southeast Asia. New York. Harper & Row, 1972.
230. GOLDMACHER D: Toward a material epidemiology of dope. Health Movement Organization 2:29-31, 1977
231. STEVENSON G: Accidents—toward a material analysis. Health Move ment Organization 2:91 -104, 1977
232. NEE V, PECK J (eds.): China's Uninterrupted Revolution. New York, Pantheon, 1976
233. WALDRON I: Why do women live longer than men? I. / Hum Stress 2:2-13, Mar 1976
234. WALDRON I, JOHNSON S: Why do women live longer than men? II. / Hum Stress 2:19-31, Jun 1976
235. GORDON L: Woman's Body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America. New York, Viking, 1976
236. LENNANE KJ, LENNANE RJ: Alleged psychogenic disorders in women—a possible manifestation of sexual prejudice. N Engl J Med 288:288-292, 1973
237. BARKER-BENFIELD GJ: The Horrors of the Half-Known Life: Male Attitudes Toward Women and Sexuality in Nineteenth Century America. New York, Harper & Row, 1976
238. LOPATE C: Notes toward a study of housewives' diseases. Health Movement Organization 2:57-60, 1977
239. NAVARRO V: Women in health care. N Engl J Med 292:398-402, 1975
240. HRICKO A, BRUNT M: Working for Your Life: A Woman's Guide to Job Health Hazards. Berkeley, University of California Labor Occupa tional Health Program, 1976
241. TWADDLE AC: Utilization of medical services by a captive population: an analysis of sick

call in a state prison. J Health Soc Behav 17:236 248, 1976
242. MILLS CW: The Sociological Imagination. New York, Grove, 1959
243. GORZ A: Socialism and Revolution. Garden City, New York, Anchor, 1973
244. LEWIS CE, MECHANIC D, FEIN R: A Right to Health. New York, Wiley, 1976
245. FREIDSON E: Doctoring Together: A Study of Professional Social Control. New York, Elsevier, 1976
246. GOVERNING COUNCIL, AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: Resolutions and policy statements: Committee for a National Health Service. Am J Public Health 67:84-87, 1977
247. ROEMER MI, AXELROD SJ: A national health service and social security. Am J Public Health 67:462-465, 1977
248. BADGLEY RF, WOLFE S: Doctors' Strike. Toronto, Macmillan, 1971
249. WOLFE S: Worker conflicts in the health field. Int J Health Serv 5:5-8, 1975
250. BRIDGES KR: Third World students. Harvard Med Alum Bull 49:23 25, Sept-Oct 1974
251. RUDD P: The United Farm Workers Clinic in Delano, Calif.: a study of the rural poor. Public Health Rep 90:331-339, 1975
252. CHAMBERLIN RW, RADEBAUGH JF: Delivery of primary care—union style. N Engl J Med 294:641-645, 1976
253. LANDAU D: Trustees. Health/PACBull 74:1-5, 11-23, 1977
254. SOURCE COLLECTIVE: Organizing for Health Care. Boston, Beacon, 1974
255. MARIESKIND HI, EHRENREICH B: Toward socialist medicine: the women's health movement. Soc Policy 6:34-42, Sept-Oct 1975
256. LEVIN LS: Self-care: an international perspective. Soc Policy 7:70-75, 1976
257. DOUGLAS C, SCOTT J: Toward an alternative health care system. Win Magazine 11:14-19, Aug 7, 1975
258. RESNICK JL: The emerging physician: from political activist to professional vanguard, in Professions for the People, edited by GERSTL J, JACOBS G. Cambridge, Schenkman, 1976
259. SWEEZY PM, MAGDOFF H: More on the new reformism. Monthly Rev 28:5-13, Nov 1976
260. SAGAN LA, JONSEN A: Medical ethics and torture. N Engl J Med 294:1427-1430, 1976

HASTALIKLARIN TOPLUMSAL KÖKENLERİ: İHMAL EDİLMİŞ BİR TARİH

Son zamanlarda hastalıkların sosyal kökenlerine olan ilgi artmış olsa da, Marksist düşüncedeki bu kaygının kaynaklarına çok az dikkat edilmiştir. Friedrich Engels, Rudolf Virchow ve Salvador Allende bu alana önemli erken katkılarda bulunmuşlardır. Engels, İngiliz işçi sınıfı için sakatlığa ve vakitsiz ölüme neden olan işyeri ve çevre niteliklerini analiz etmiştir. Virchow'un "toplumcu tıp" ve bulaşıcı hastalıklar üzerine yaptığı çalışmalar, tıbbi sorunlara çözüm olarak toplumsal değişimi savunmuştur. Allende, kötü sağlığı sınıf baskısına, ekonomik geri kalmışlığa ve emperyalizme bağlamıştır. Bu analistler, sosyal etiyoloji, çok-faktörlü nedensellik, diyalektik maddeciliğin metodolojisi, tıp bilim insanları ve uygulayıcıları için aktivist bir rol, sosyal epidemiyoloji, sağlık politikası ve sosyomedikal değişim stratejileri konusunda farklı, ancak birbirini tamamlayıcı görüşler sunmuşlardır. Hastalıkların sosyal kökenleri bizimle birlikte kalmaya devam etmekte ve anlamlı çözümler için gereken yeniden yapılanmanın kapsamını ortaya koymaktadır.

Hastalıkların sosyal kökenlerine, özellikle de işyeri ve çevre kaynaklı hastalık doğurucu koşullara ilgi hızla artmıştır. Son dönem literatürü, bu kaygının Marksist düşüncedeki kaynaklarını sıklıkla göz ardı etmiştir. Çok sayıda çalışma mesleki ve çevresel hastalıkları tanımlamış olsa da, genellikle kapitalist üretimin örgütlenmesindeki hastalık ve vakitsiz ölümleri besleyen yapısal çelişkileri ele almamışlardır. Hastalıkların toplumsal nedenleri geleneksel tıp sosyolojisinde de çok az ilgi görmüştür.

Friedrich Engels, Rudolf Virchow ve Salvador Allende bu alana önemli erken katkılarda bulunmuştur. Bu bakış açısındaki tarihsel süreksizlikler, kısmen bu kişilerin çalışmalarını etkileyen daha geniş güçlerle açıklanabilir.

Engels, işçi sınıfının sağlıksız durumunu, devrimci bir değişimi gerektiren birçok yoksunluktan biri olarak görüyordu. Virchow bilimsel rolünü siyasi aktivizmle ilişkilendirmiş olsa da, tıp biliminin 19. yüzyılın sonlarında batı Avrupa'daki örgütlenmesi, "toplumcu tıbba" olan bağlılığını sürdürmesini engelledi. Allende'nin halk sağlığı alanındaki araştırmaları, enerjisinin büyük bir kısmını Şili'deki sosyalizm mücadelesine adamasıyla geri plana düştü.

Bu makalede, bir asırdan fazla bir süredir defalarca unutulmuş bir konuyu yeniden ele almaya çalışıyorum. Hastalığın sosyal kökenleri büyük ölçüde unutulmuş ve her yeni nesille birlikte yeniden keşfedilmiştir. Tarihin şu anki aşamasında, bu sorunu artık görmezden gelemeyiz. Diğer yazarlar da hastalığın sosyal etiyolojisiyle ilgilenmişlerdir. Ancak Engels, Virchow ve Allende'nin çalışmaları çeşitli açılardan önemlidir.

Engels ve Virchow, sosyal koşulların sağlık üzerindeki etkisine dair analizler sunarak esasen toplumcu tıp perspektifini yarattılar. Her ikisi de 1840'ların çalkantılı yıllarında bu konular hakkında yazıyorlardı, her ikisi de tanımladıkları koşulların düzeltilmesine yol açacağına inandıkları kararlı (ancak oldukça farklı) kişisel adımlar attılar.

Allende'nin çalışmaları daha sonraki bir tarihsel dönemde ve farklı bir jeopolitik bağlamda ortaya çıkmıştır. Engels ve Virchow erken kapitalizmin etkisini belgelendirirken, Allende kapitalist emperyalizm ve az gelişmişliğe odaklanmıştır. Kuzey Amerika ve batı Avrupa'da pek bilinmese de, Allende'nin sosyal tıp alanındaki çalışmaları Latin Amerika ve Üçüncü Dünya'nın diğer bölgelerinde sağlık planlaması ve stratejisi üzerinde büyük bir etki yaratmıştır.

Engels, Virchow ve Allende'nin yazıları, hastalıkların sosyal kökenlerini araştırmak için açık veya örtük olarak Marksist bir çerçeve benimsemiştir. Bu eserler dikkat çekici birleştirici temalar içerirken, özellikle siyasi aktivizm yönleri konusunda öğretici farklılıklar gösteriyorlar. Her bir yazarın katkılarını ve yazılarının ortaya çıktığı kişisel geçmişlerini eleştirel bir şekilde inceledikten sonra, benzerliklerini ve farklılıklarını tartışıyorum.

FRIEDRICH ENGELS

Engels'in sağlık ve hastalık konularına olan duyarlılığını açıklamak zordur, çünkü Engels, Virchow ve Allende'nin aksine, formel bir tıp eğitimi almamış ve halk sağlığını çalışmalarının temel bir unsuru olarak görmemiştir. Engels'in başkalarının göremediğini neden gördüğü tam olarak belirsizliğini koruyor, ancak erken yaşamına dayalı bazı spekülasyonlar mümkün.

Engels, geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde ailesinin dini geçmişindeki çelişkilere önemli ölçüde enerji ayırdı. Babası ve birçok yakın akrabası, püriten Pietizm'in ateşli savunucularıydı. Engels, Pietizm'in aslında yoksulları ve hastaları kendi acılarından sorumlu tuttuğunu belirtti. Engels, Pietizm'in sosyal koşulları iyileştirmek yerine, bireysel sorumluluğa dayalı doktrinsel yorumlar getirerek bu sorunları daha da kötüleştirdiği sonucuna vardı.

Engels, yoksulların kendi manevi eksiklikleri nedeniyle hastalanma eğiliminde oldukları görüşüne katılmıyordu. Ayrıca, Pietistlerin toplumsal yoksunluğu düzeltmek için aktif olarak müdahale etme konusundaki isteksizliğini de eleştirdi (1, s. 413-432; 2; 3, cilt 1, s. 4-6).

Engels'in duyarlılığını artıran ikinci bir deneyim ise 18 yaşında başladığı erken dönem gazetecilik çalışmalarıydı. Bu dönemde Engels ve ailesi, ekonomik temeli tekstil üretimine dayanan bir sanayi kasabası olan Barmen'de yaşıyordu (3; 4, cilt 1, s. 3; 5, cilt 1, s. 16-17, 183-184; 6). Engels'in ailesinin birçok üyesi imalat sektöründe yönetici olarak çalıştığı için, gençliğinde yerel fabrikaları ve değirmenleri birçok kez ziyaret etmişti.

1839'da şiirler, kısa öyküler ve gazete makaleleri de dahil olmak üzere bir dizi edebi faaliyete başladı. Makaleleri için araştırma yaparken fabrikalardaki çalışma süreçlerini gözlemledi, işçilerle röportaj yaptı ve evlerini ziyaret etti. Sonuç olarak, bir takma ad altında yazdığı "*Wupper Vadisi'nden Mektuplar*" (*Briefe aus dem Wuppertul*) adlı bir dizi makale ortaya çıktı (1,7).

Bu yazılar, işçilerin hastalık ve acılarını tutkulu bir şekilde anlatıyordu. Engels, dokumacılar, tabakçılar ve diğer tekstil işçilerinin yaşadığı meslek hastalıklarını tanımladı. Ayrıca tüberküloz (verem) ve sifilizin (frengi) büyük ölçüde zor çalışma koşulları ve yetersiz barınma nedeniyle yayıldığını iddia etti.

Üçüncü bir etki ise, erken sosyalizm tarihinin en az değer verilen figürlerinden biri olan Mary Burns'tü. Engels, 1842'de babasının fabrikasında çalışmak üzere Manchester'a geldikten kısa bir süre sonra İrlandalı bir işçi sınıfı kadını olan Burns ile tanıştı ve onunla birlikte yaşamaya başladı. Burns, Engels'in Manchester'daki ziyaretleri ve görüşmeleri sırasında ona eşlik etti. Şüphesiz Burns'ün varlığı, başka türlü fabrikanın bu kapitalist yöneticisine güvenemeyecek insanlarla görüşmeler yapabilmesini kolaylaştırdı.

Burns radikal siyasi görüşlere sahipti ve sık sık Engels'le paylaştığı evde kalan İrlandalı devrimcileri destekliyordu (3, cilt 1, s. 127-128; 5, cilt 2, s. 45; 8, s. 98-102; 9, s. 477). İrlanda'dan İngiliz sanayi kasabalarına büyük ölçekli göçün yaşandığı bir dönemdi. Göçün başlıca nedeni, 1839 ve sonraki yıllarda yaşanan İrlanda patates kıtlığıydı.

Engels'in Burns ile olan ilişkisi, onu İrlandalı göçmenlerin karşılaştığı açlık ve fiziksel aşağılanmayla bizzat tanıştırdı. Engels-Burns bağlantısının birçok karmaşıklığının yanı sıra, Burns'ın Engels'in işçi sınıfı yaşamına, fiziksel acılara ve radikal siyasi eylemlere dair algısını derinden etkilediği açıktır.

Engels'in *İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu* (10) adlı eserindeki kuramsal konumu açık ve netti. İşçi sınıfı insanları için hastalık ve vakitsiz ölümün kökenleri, *ekonomik üretimin örgütlenmesinde* ve *sosyal çevrede* yatıyordu. Engels, İngiliz kapitalizminin işçi sınıfı insanlarını kaçınılmaz olarak hastalığa neden olan koşullar altında yaşamaya ve çalışmaya zorladığını savundu. Bu durum gizli değildi, aksine toplumu kontrol eden kapitalist sınıf tarafından iyi biliniyordu.

Engels ilk olarak çevresel toksinlerin etkilerini ele aldı. İşçi sınıfı mahallelerindeki kötü planlanmış konutların, toksik maddelerin yeterli havalandırılmasına izin vermediğini iddia etti. İşçilerin daireleri, caddeyle doğrudan mekansal bağlantısı olmayan merkezi bir avluyu çevreliyordu. Yanma ve insan solunumundan kaynaklanan karbon içeren gazlar, yaşam alanlarının içinde hapsoluyordu. İnsan ve hayvan atıkları için atık sistemleri mevcut olmadığından, bu maddeler avlularda, dairelerde veya sokakta ayrışıyordu. Engels, ortaya çıkan hava ve su kirliliğini en ince ayrıntısına kadar anlattı (10, s. 135-137).

Engels daha sonra büyük ölçüde kötü konut koşullarından kaynaklanan bulaşıcı hastalıkları ele aldı. Hava yoluyla bulaşan bir enfeksiyon olan tüberküloz, onun başlıca odak noktasıydı. Londra ve diğer sanayi şehirlerinde tüberkülozdan kaynaklanan yüksek ölüm hızlarına aşırı kalabalık ve

yetersiz havalandırmanın katkıda bulunduğunu belirtti.

Ayrıca tifüs salgınlarını da ele aldı. Bitler tarafından taşınan bu enfeksiyon, kötü hijyen ve havalandırma nedeniyle yayılıyordu. Engels, tifüs hakkındaki incelemesinde sık sık kullandığı bir yöntemi benimsedi: tıp mesleği tarafından yayınlanan belgelerin ikincil analizi. Engels, mesleğin gerekli toplumsal değişime olan bağlılığından şüphe duyuyordu. Öte yandan bu literatürde, sağlığı iyileştirmenin bir yolu olarak toplumsal değişimi haklı çıkaracak kapsamlı veriler buldu.

Engels daha sonra beslenmeye yöneldi ve toplumsal koşullar, beslenme ve hastalık arasında bağlantılar kurdu (10, s. 140-141). Kent işçileri için gıda tedarikinin pahalılığını ve kronik kıtlığını vurguladı. Pazarlarda uygun depolama tesislerinin olmaması kirlenmeye ve bozulmaya yol açıyordu. Yetersiz beslenme sorunları özellikle çocuklar için zordu.

Engels, skrofulayı (sıraca) yetersiz beslenmeyle ilişkili bir hastalık olarak ele aldı. Bu görüş, sığır tüberkülozunun skrofulanın başlıca nedeni olarak keşfedilmesinden ve sütün pastörizasyonunun önleyici bir önlem olarak kullanılmasından çok önce ortaya atılmıştı. Ayrıca raşitizmin iskelet deformitelerini, D vitamini eksikliğinin raşitizme neden olduğu tıbbi bulgusundan çok önce, beslenme sorunu olarak tanımladı.

Engels'in alkolizm analizi, aşırı içmeyi teşvik eden sosyal güçlerin bir açıklamasıydı. Engels'in görüşüne göre alkolizm, işçi sınıfının, sefaletine bir tepkiydi. Başka kaynaklardan yoksun olan işçiler, duygusal tatmin için alkole yöneldiler. İşçiler bireysel olarak alkol kötüye kullanımından sorumlu tutulamazdı. Alkolizm nihayetinde kapitalist sınıfın sorumluluğundaydı (10, s. 141-142):

> "İçki onların [işçilerin] tek zevk kaynağıdır... İşçi... işini zahmetine değecek, ertesi günün umudunu katlanılabilir kılacak bir şeye gereksinim duyar... Sarhoşluk burada artık, suçluların sorumlu tutulabileceği bir kötülük olmaktan çıkmıştır... İşçiyi sadece bir nesneye indirgeyenlerin sorumluluğu vardır."

Engels'e göre alkolizm, toplumsal yapıya sıkıca bağlıydı. Sorumluluğun bireysel işçiye yüklenmesi yanıltıcıydı. Eğer yoksunluk içeren sosyal koşullar alkolizme neden oluyorsa, çözüm bireye odaklanan tedavi programlarından çok, bu koşullarda temel bir değişiklik yapmayı gerektiriyordu.

Bu bağlamda Engels sağlık personelinin dengesiz dağılımını analiz etti. Engels'e göre (10, s. 142-143), işçi sınıfı "hastalık durumlarında yetenekli hekimleri istihdam etmenin imkansızlığıyla" karşı karşıyaydı. Hayırsever hizmetler sunan hastaneler, insanların profesyonel bakıma olan gereksinimlerinin yalnızca küçük bir kısmını karşılıyordu.

Engels, eczacıların çocuk hastalıkları için sağladığı afyon içeren patentli ilaçları eleştirdi. Engels'e göre, işçi sınıfı bölgelerindeki yüksek bebek ölüm hızları kısmen tıbbi bakım eksikliğinden, kısmen de uygunsuz ilaçların yaygınlaştırılmasından kaynaklanıyordu.

Engels daha sonra halk sağlığı yetkilileri tarafından derlenen demografik istatistikleri kullanarak, ölüm hızları ve sosyal sınıf arasında epidemiyolojik bir araştırma başlattı. Ölüm hızlarının, yalnızca şehirler arasında değil, şehirlerin belirli coğrafi bölgeleri içinde de sosyal sınıfla ters orantılı olduğunu gösterdi.

Engels, Manchester'da çocuk ölümlerinin işçi sınıfı çocuklarında, "üst sınıfların çocuklarına" göre çok daha yüksek olduğunu belirtti. Ayrıca Engels, sınıfların ve kentleşmenin çocuk ölümleri üzerindeki kümülatif etkilerine değindi. Çiçek hastalığı, kızamık, kızıl ve boğmaca gibi bulaşıcı hastalık salgınlarından kaynaklanan ölüm hızlarının işçi sınıfı çocuklarında daha yüksek olduğunu gösteren veriler sundu. Engels'e göre kalabalıklaşma, kötü konut koşulları, yetersiz hijyen ve kirlilik gibi kent yaşamının özellikleri, sosyal sınıf konumuyla birleşerek hastalık ve vakitsiz ölümün nedenlerinde rol oynuyordu (10, s. 144-148).

Kazaların sosyal nedenleri Engels'in öfkesini çekti. Kazaları işçilerin sömürülmesine, uygun çocuk bakımının olmamasına ve bunun sonucunda çocukların ihmal edilmesine bağladı. Çoğu işçi sınıfı ailesinde hem kocanın, hem de kadının ev dışında çalışması gerektiğinden ve ebeveynler işteyken çocuk bakımı için hiçbir imkan bulunmadığından, çocuklar düşme, boğulma veya yanık gibi kazalara maruz kalıyordu. Engels özellikle kış aylarında denetimsiz ısıtma sistemleri nedeniyle çocuklarda yanıkların daha sık görüldüğünü belirtti.

Endüstriyel kazalar, özellikle endüstriyel işçilerin makineler nedeniyle karşılaştığı riskler, diğer bir endişe kaynağıydı. En yaygın kazalar korumasız makinelerle temas sonucu parmak, el veya kol kaybıyla sonuçlanıyordu. Kazalardan kaynaklanan enfeksiyonlar genellikle tetanosa yol açıyordu.

Engels, kitabın diğer bölümlerinde, belirli endüstriyel iş türlerindeki hastalıkları ele aldı. Son yıllarda yoğun olarak incelenen meslek hastalıklarına dair ilk açıklamaları sundu. Engels'e göre birçok ortopedik rahatsızlık, endüstriyel yaşamın fiziksel zorluklarından kaynaklanıyordu. Omurga eğriliği, alt ekstremite deformiteleri, düztabanlık, varis ve bacak ülserlerini, uzun süre dik durmayı gerektiren iş koşullarının belirtileri olarak ele aldı.

Engels duruşun, ayakta durmanın ve tekrarlayan hareketlerin sağlık üzerindeki etkileri hakkında yorumda bulundu (110, s. 190-193):

> "Bütün bu rahatsızlıklar fabrika işinin doğasıyla kolayca açıklanabilir ... İşçiler... sürekli ayakta durmak zorundadır. Ve bir pencere pervazına veya sepete oturan kişi para cezasına çarptırılır ve bu sürekli dik duruş, vücudun üst kısımlarının omurga, kalça ve bacaklara uyguladığı bu sürekli mekanik basınç, kaçınılmaz olarak bahsedilen sonuçları doğurur. Bu ayakta durma, işin kendisinin bir gereği değildir...".

Kronik kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının değişmeyen duruş veya küçük, tekrarlayan hareketlerden kaynaklanabileceği fikri oldukça basit görünmektedir. Ancak, belirli bir kaza veya zehirli bir maddeye maruz kalma durumundan oldukça farklı olan bu hastalık kaynağı, işçi sağlığı ve güvenliği alanında ancak son yirmi yılda ciddi endişe konusu olarak ele alınmaya başlanmıştır.

Engels ayrıca tekstil ve dantel üretiminde çalışan işçilerin yaşadığı göz rahatsızlıklarına da dikkat çekti. Bu iş genellikle yetersiz ışık altında sürekli ve hassas görme konsantrasyonu gerektiriyordu. Engels, kornea iltihabı, miyopi, katarakt ve geçici veya kalıcı körlük gibi göz hastalıklarını ele aldı.

Engels, göz anormalliklerine dair kuru bir açıklamanın ardından, toplumsal yapısal analizinin tutkusuna geri döndü (10, s. 230):

> "Bu, toplumun, burjuvazinin seçkin hanımları için dantel giyme zevkini satın aldığı fiyattır. Gerçekten de makul bir fiyat! Sadece birkaç bin kör işçi, bazı veremli işçi kızları, hastalıklı bir nesil, zayıflıklarını aynı derecede 'aşağılık' çocuklarına ve torunlarına miras bırakıyor… İngiliz burjuvazimiz, Hükumet Komisyonu raporunu kayıtsızca bir kenara bırakacak ve eşler ve kızlar eskisi gibi dantelle süslenecekler."

Engels bu gibi pasajlarda devrimci bağlılığının yalnızca ekonomik sömürü görüşünden değil, aynı zamanda sınıf yapısından kaynaklanan fiziksel acı deneyiminden de kaynaklandığını ortaya koymuştur. Engels için sınıf çelişkileri en çok, kapitalist sınıfın işçilerin görme yeteneği pahasına sahip olduğu dantel gibi sembolik eşyalarda kendini gösteriyordu.

Engels'in çömlek işçileri arasında meslek hastalıkları ve kurşun zehirlenmesi hakkındaki gözlemleri (10, s. 242-244) benzer şekilde şaşırtıcıdır. Çünkü bu hastalık endüstriyel hijyende ancak son zamanlarda geniş bir endişe kaynağı olmuştur. İşçilerin kurşunu büyük ölçüde, elleri ve giysileriyle temas eden son işlem sıvısından aldıklarını belirtmiştir.

Engels'in tanımladığı sonuçlar arasında şiddetli karın ağrısı, kabızlık ve epilepsi ve kısmi veya tam felç gibi nörolojik komplikasyonlar yer almaktadır. Engels'e göre bu kurşun zehirlenmesi belirtileri sadece işçilerde değil, çömlek fabrikalarının yakınında yaşayan çocuklarda da görülmüştür. Endüstriyel kurşunun toplumsal tehlikelerine ilişkin epidemiyolojik kanıtlar, Engels'in gözlemleri dikkate alınmadan, esas olarak 1970'ten beri çevre sağlığında dikkat çekmiştir.

Akciğer hastalıkları üzerine tartışmaları ayrıntılı ve kapsamlıydı. Engels, birçok durumda tıp biliminin yirminci yüzyılın sonlarına kadar tam olarak belgeleyemediği sendromları tanımladı. Tekstil işçilerinin akciğer hastalığına ilişkin sunumu (10, s. 200), bisinozis veya "kahverengi akciğerin" tıbbi olarak tanımlanmasından yıllar önceydi:

> "Pamuk ve keten iplik fabrikalarının birçok odasında hava lifli tozla doludur. Bu durum özellikle yün tarama ve taraklama odalarında çalışan işçilerde göğüs rahatsızlıklarına neden olur... Bu toz solunmasının en yaygın etkileri arasında kan tükürme, zor ve gürültülü nefes alma, göğüs ağrıları, öksürük, uykusuzluk -kısacası astımın tüm belirtileri- yer alır". .

Engels bıçak ağızları ve çatalların imalatında metal toz parçacıklarının solunmasından kaynaklanan bir solunum yolu hastalığı olan "taşlama astımının" (Grinders' Asthma) paralel bir tanımını sundu (10, s. 239-241). Pamuk ve metal tozlarının akciğerler üzerindeki benzer patolojik etkilerine dikkat çekti.

Engels, kitabın ilerleyen bölümlerinde, kömür madencileri arasında görülen akciğer rahatsızlıklarını ele aldı. Havalandırılmayan ortamda kömür tozunun, sıklıkla ölüme yol açan akut ve kronik akciğer iltihabına neden olduğunu bildirdi. Engels, "kara tükürük" sendromunun (şimdi kömür

madencilerinin pnömokonyozu veya kara akciğer olarak adlandırılan sendrom) diğer gastrointestinal, kardiyak ve üreme sistemi komplikasyonlarıyla ilişkili olduğunu gözlemledi. Engels, bu akciğer hastalığının önlenebilir olduğunu belirterek, kapitalist endüstride kâr ile yeterli sağlık koşulları arasındaki çelişkiyi gösterdi (10, s. 279-284):

> "Bu hastalığın her vakası ölümle sonuçlanıyor... İyi havalandırılan bütün kömür madenlerinde bu hastalık bilinmiyor, oysa iyi havalandırılan madenlerden kötü havalandırılan madenlere geçen madencilerin sıklıkla bu hastalığa yakalandığı görülüyor. Maden sahiplerinin havalandırma kullanımını engelleyen kâr hırsı, bu işçi hastalığının var olmasının sorumlusudur".

Bir asırdan fazla bir süre sonra aynı yapısal çelişki, kara akciğer hastalığının önlenmesini engellemeye devam ediyor.

Engels için hastalığın sosyal kökenlerinin analizi, çok daha büyük bir gündemin parçasıydı. Diğer Marksist araştırmalar gibi, *İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu* da esas olarak sosyopolitik eylem amacıyla yazılmıştı. Engels hızla ilave kuramsal ve pratik konulara odaklandı. Daha sonraları doğa ve fizik bilimleri üzerine yazıları (11-12) olmasına rağmen, hastalığın sosyal kökenlerine kendi başına önemli bir konu olarak geri dönmedi. Yine de, işçi sınıfı yaşamının geniş bir tanımını hedefleyen bir kitapta, Engels sosyal yapı ile fiziksel hastalık arasındaki nedensel ilişkilerin açık bir analizini sundu.

Engels hastalıklar hakkındaki açıklamalarını, sınıf baskısına dair birçok başka algıyla harmanladı. Argümanı, bu sağlık sorunlarının çözümünün temel toplumsal değişimi gerektirdiğini, sınırlı tıbbi müdahalelerin asla en çok gereksinim duyulan iyileşmeleri sağlamayacağını ima ediyordu. Engels'in tıp konularındaki erken dönem çalışmalarının daha sonraki öğrenciler ve aktivistler tarafından gözden kaçırılmış olması üzücüdür. Bununla birlikte analizi, toplumcu tıbbın kurucularından biri olan Rudolf Virchow üzerinde hem entelektüel hem de politik olarak büyük bir etki yarattı.

RUDOLF VIRCHOW

Virchow'un yaşamı, 19. yüzyıl tarihinin seksen yılını, 2 binden fazla yayını, tıp bilimi ve antropoloji alanındaki sayısız önemli katkısını ve Alman Reichstag'ının seçilmiş bir üyesi olarak parlamento faaliyetlerini kapsar.

En bilinen eseri, fizyolojik ve patolojik süreçlerin temel birimi olarak hücrenin ilk kapsamlı açıklamasını sunan *Hücresel Patoloji'*dir (13). Virchow'un itibarı büyük ölçüde hücresel patoloji alanındaki araştırmalarına dayanmaktadır.

Ancak kariyeri boyunca, hastalık ve insan acısına neden olan fiziksel ve toplumsal güçlerin birleşik bir açıklamasını geliştirmeye çalıştı. Virchow'un aktivizmi onu birçok verimsiz yöne sürüklemiş olsa da, hastalığın çok-faktörlü ve büyük ölçüde toplumsal kökenlerine ilişkin vizyonu, çalışmalarının çoğunun düştüğü belirsizlikten daha fazlasını hak ediyor.

Virchow'un karmaşık hayatını kısaca özetlemek imkansız olsa da, bazı biyografik notlar katkılarına bakış açısı kazandırıyor. Pomeranya'da küçük bir kasaba olan Schivelbein'de doğdu. Aileyi sadece çiftçilikle geçindiremeyen babası, kasaba yönetiminde bürokrat olarak ek bir işe girdi ve birkaç başarısız küçük işletme kurma girişiminde bulundu. Virchow'un annesi ise görünüşe göre sadece ev işleriyle ilgileniyordu.

Virchow, ölümlerine kadar ebeveynleriyle kapsamlı bir yazışma sürdürdü. Bu yazışma - yayınlanmadan önce torunları tarafından dikkatlice düzenlenmiş olsa da- aile hayatının ve erken gelişmiş bir oğula karşı ebeveyn tepkisinin dikkat çekici derecede dürüst bir kaydı olarak hizmet eder (14).

Öğrencilik yılları, akademik zekasının ve sıradan deneyimlerinin bir arada olduğu bir dönemdi. Lisedeki üstün başarısı, Berlin'deki Friedrich-Wilhelms Enstitüsü'nde tıp eğitimi için tam burs kazanmasını sağladı. Kendisine bilim için şeytani bir hedef koydu (14, s. 47):

> "*Tanrıdan yeryüzüne kadar doğanın tam bilgisi*[1]".

1843'te tıp diplomasını aldıktan sonra, Berlin'deki Charite Hastanesi'nde stajyerliğe ve daha sonra klinik patologluk görevine başladı. Orada, patolojinin hücresel temeli üzerine çok yönlü bir araştırma projesi üstlendi ve bu alanı sonraki yirmi yıl boyunca sentezledi.

1848 devrimleri Virchow'u derinden etkiledi ve ona mikroskobik görüşün, ne kadar önemli olursa olsun, patolojik süreçleri tek başına açıklayamayacağını -hatta düzeltemeyeceğini- öğretti. O yıl yaşanan olaylar, toplumsal sorunların da patolojik bozukluklara neden olduğunu veya bunları körüklediğini gösterdi.

Virchow'un 1848'deki deneyimi, daha sonraki yayınlarında ve öğretiminde etkili olan patolojinin çok-faktörlü bakış açısını doğurdu. Bu bakış açısı, Virchow'un başarılarına dair ikincil anlatımlarda sıklıkla gözden kaçmıştır. Bu anlatımlar hücresel gözlemlere vurgu yaparken, toplumsal güçlerin etkisini küçümsemiştir. Virchow'un düşüncesini en derinden etkileyen iki olay, Yukarı Silezya'daki tifüs salgını ve Berlin'deki işçi sınıfı ayaklanmasıydı.

1847 yılının sonlarında, Doğu Prusya'nın kronik olarak yoksul ve büyük bir Lehçe konuşan azınlığın yaşadığı Yukarı Silezya'da tifüs salgını patlak verdi. 1848 yılının başlarında binlerce insan ölüyordu ve kıtlık sorunları daha da karmaşık hale getiriyordu. Virchow, salgını durdurmak ve tekrarlanmasını önlemek için öneriler sunacak patoloji odaklı bir araştırmayı desteklemeleri konusunda üstlerini ikna etti. Kısa ama yoğun bir saha çalışması için Yukarı Silezya'ya gitti.

Varışından birkaç gün sonra, salgının dehşeti derin bir duygusal etki yarattı. Her ne kadar bu duygularının bir kısmını resmi raporlarında dile getirmiş olsa da, çoğunu babasıyla olan yazışmalarına saklamıştır. Bu mektuplarda Virchow, çektiği acıları tutkulu bir şekilde anlatmıştır. Mevcut beslenme düzenini ayrıntılı olarak tarif etmiş, devam eden açlıktan duyduğu öfkeyi dile getirmiş ve açlık ile hastalık arasında bir bağlantı kurmaya başlamıştır (14, s. 125):

> “Açlık ve tifüsün birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkmadığı, ancak tifüsün bu kadar geniş çapta yayılmasının yalnızca açlıktan kaynaklandığı oldukça kesindir”.

Yetersiz konut koşulları da hastalığın bulaşmasına zemin hazırlıyordu. Babasına, salgının devam etmesinin, hastalığı besleyen toplumsal koşulları düzeltmek için agresif önlemler almayan kamu görevlilerinin suçu olduğunu söyledi.

Ayrıca, yerel hekimleri de “para sevgisi” ve “faturaları bir kenara bırakma isteksizliği” nedeniyle yoksullara gerektiği gibi bakmamakla suçladı (14, s. 127). Sadece hekimlerin ve sağlık tesislerinin devlet kontrolü altında çalışacağı bir “kamu sağlık hizmeti” (*Die Offentliche Gesundheifspflege*), bu tür sorunlarla etkili bir şekilde başa çıkabilirdi.

Virchow, salgın hakkındaki yayınlarında, çok-faktörlü etiyolojiye ilişkin daha geniş bir kuram geliştirdi. Bireyde hastalığa ve bir topluluk içinde bulaşmaya yol açan çeşitli maddi yoksunlukların, birbirleriyle etkileşime girdiğini vurguladı (15; 16, cilt 1, s. 128-129, 214-234, 435-464).

İlk olarak yetersiz beslenme, hastalığa yatkınlığı artırırdı. Hükumet, kıtlık sırasında yoksullara gıda dağıtarak yetersiz beslenmenin etkisini önleyebilirdi. Müdahalenin ikinci odak noktası ise daha iyi barınma koşullarıydı. Çünkü kalabalık ve yoksun yaşam koşulları salgının yayılmasını teşvik ediyordu. Virchow'a göre, olumsuz iklim de hastalığın bulaşmasına katkıda bulunuyordu, ancak yeterli gıda ve barınma sağlandığı takdirde bunun önemsiz bir faktör olacağını ileri sürdü.

Virchow tifüs salgınının, Yukarı Silezya'daki diğer gruplara kıyasla Lehçe konuşan azınlığı daha fazla etkilediğini, bunun nedeninin ise dil farklılıklarının hekimlerin hastalarla iletişim kurmasını engellediğini belirtti. Virchow, hekimlerin çalıştıkları yerlerde yerel lehçeler konusunda eğitim almaları gerektiğini vurguladı.

Virchow genel maddi yaşam koşullarının, sağlık veya hastalığın gelişebileceği bir zemin oluşturduğunu belirtti. Ekonomik güvencesizlik ve siyasi haklardan mahrum bırakılmanın, karmaşık bir nedensellik zinciri yoluyla, hastalık, sakatlık ve vakitsiz ölüme yol açan toplumsal sorunlar olduğunu savundu.

Virchow'un görüşüne göre ekonomik istikrar ve yoksulların aktif siyasi katılımı iyi sağlık için gerekliydi. Bu nedenlerle, Virchow'un politika önerileri artan istihdam, daha iyi ücretler, hükumette yerel özerklik, tarım kooperatifleri ve daha ilerici (artan oranlı - progresif) bir vergilendirme yapısı gibi bir dizi derin ekonomik, siyasi ve toplumsal değişikliği içeriyordu.

Virchow'un daha fazla klinik veya hastane gibi tıbbi çözümleri oldukça sınırlıydı. Bunun yerine sağlık sorunlarının kökenini toplumsal sorunlarda gördüğü için, salgınlara en mantıklı yaklaşım, bunların ortaya çıkmasına izin veren koşulları değiştirmekti.

Virchow, tifüs salgınının kasvetli gerçekliğinden Berlin'e döndükten birkaç hafta sonra, dünya görüşünü şekillendirecek ikinci bir deneyime daldı: *1848 devrimi*.

Virchow'un bu dönemde ebeveynlerine yazdığı mektuplar, "radikal sosyalizme" ve devrimci toplumsal değişime kişisel katılımına derinden bağlı bir genci ortaya koymaktadır. Mart 1848 tarihli yazışmalar, Berlin ayaklanmasının belirli savaşlarını ve Virchow'un kendi rolünü anlatmaktadır. İşçi sınıfı topluluklarına karşı askeri vahşet örneklerini belgelemeye çalışmıştır. Bu mektuplardan Virchow'un bizzat barikatlardaki eylemlere katıldığı açıkça anlaşılmaktadır. Virchow kendisinin kişisel katkısını küçümseyerek, "sadece bir tabancası" olduğu için bunun "nispeten önemsiz" olduğunu iddia etti (14, s. 137).

Sonraki yıl doğrudan çatışmalar azaldı, ancak Virchow siyasi aktivizmde çılgın bir tempo sürdürdü. Öğretim ve bilimsel yayınlarının yanı sıra, basit bir dille yazılmış ve "tıbbi (eğitimli ve alaylı) proletaryayı" oluşturan geniş bir okuyucu kitlesine yönelik haftalık bir gazete olan *Tıp Reformu'nu* (*Die Medizinische Reform*) kurdu ve eş editörlüğünü yaptı (17, s. 99).

Kendisini sık sık "sosyalist" ve "aşırı sol" üyesi olarak tanımladı. Annesine yazdığı bir mektupta motivasyonlarını şöyle anlattı:

> "Yoksulların, ya da başka bir deyişle işçi sınıfının refahını iyileştirmek, bugüne kadar Anayasa gereği mümkün değildi, çünkü yalnızca kralın iradesi kanundu ve işçi sınıfının kendi ilerlemelerini anlamlı kılacak neredeyse hiçbir imkanı yoktu."

Bu dönemde Virchow, sosyalizm ve komünizm arasında bir ayrım yapmış ve sosyalizmi tercih etmiştir. 1849'da babasına yazdığı mektupta (14, s. 197), komünizmin "doğrudan elde edilmesi umuluyorsa saçmalık" olduğunu yazmıştır. Yazılarında iki sistem arasında net bir ayrım yapmamış, Marx ve Engels'in 1848 ve sonraki yıllarda geliştirdiği analize de doğrudan atıfta bulunmamıştır. Komünizme yönelik itirazları, devlet aygıtı olmayan bir toplumsal sistemin naif bir hedef olduğu görüşünden kaynaklanıyor gibi görünmektedir.

Öte yandan, Virchow "kitleler" için güvenlik sağlayabilecek "rasyonel kurumları" yalnızca sosyalizmin yaratabileceğine inanıyordu. Stratejik olarak Virchow, sosyalizme barışçıl bir geçiş olasılığı konusunda karamsardı (14, s. 197):

> “Eğer iktidarı elinde bulunduran insanlar biraz olsun akılcı olsalardı, bu [sosyalist sistem] şiddet olmadan gerçekleşebilirdi. Ancak şimdi olduğu gibi her zaman akıl dışı oldukları için, muhtemelen kan dökülmeden ve şiddet kullanılmadan gerçekleşmeyecektir .”

Virchow 1848'den sonra devrimci mücadelede bir daha asla tabanca veya başka bir şiddet aleti kullanmadı. Ancak birçok baskıya rağmen, erken dönemdeki aktivizminden de asla vazgeçmedi.

1849'da Almanya'da gerici hareket üstünlük sağlamıştı. Virchow, *Tıp Reformu*'nun son sayısında belirttiği gibi, “karşı-devrim fiilen galip geldiği” için (17, s. 131), derginin yayın hayatına devam etmesinin bir anlamı olmadığına karar verdi.

Virchow, en azından geçici olarak, siyasi faaliyetlerden geri çekildi. Bu arada 1848'deki aktivizmi, akademik tıp kariyerinin güvenliğini tehdit eden sonuçlar doğurdu. 1849'da babasına, Berlin'deki Charite Hastanesi'ndeki mevcut öğretim görevinin ve Würzburg'daki olası profesörlüğünün, “radikal siyasi eğilimleri” hakkındaki endişeler nedeniyle tehlikede olduğunu yazdı.

Yaklaşık bir yıllık belirsizliğin ardından, Würzburg Üniversitesi Virchow'a profesörlük teklif etti ve Virchow bunu hemen kabul etti. O zamanlar muhafazakarlığın kalesi olan Bavyera'ya geçen Virchow, beş yıl süren yoğun bir akademik çalışma ve siyasi eylemsizlik dönemine başladı. *Hücresel Patoloji* adlı eseri Würzburg yıllarının bir ürünüydü. Virchow, ancak 1856'da patolojik anatomi kürsüsüyle Berlin'e döndüğünde toplumsal konulara olan ilgisini yeniden dile getirme özgürlüğünü buldu.

Virchow hayatının ilerleyen dönemlerinde hem tıp alanında, hem de tıp dışında Almanya'nın egemen çevrelerine meydan okudu. Bu faaliyetlerinde sürekli olarak nispeten tehdit içermeyen ifade yollarını seçti.

Berlin'e döndükten kısa bir süre sonra hijyen projeleri, yoksullar için sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve diğer halk sağlığı çalışmaları üzerinde çalışmaya başladı. Sonraki otuz yıl boyunca, Reichstag'ın seçilmiş bir üyesi olarak, 1860'ların sonlarında iktidarını pekiştiren Bismarck'ın muhafazakar politikalarına karşı çıktı.

Marx, Engels ve soldaki diğerleri, Virchow'un faaliyetlerini yakından takip ettiler ve bunlara hem eğlence, hem de ikilemle karışık bir bakış açısıyla yaklaştılar. Engels, Virchow'un Bismarck'a karşı

parlamenter muhalefetini onayladı (18, cilt 3, s. 103, 157). Ayrıca Engels, Virchow'un patolojisini, doğadaki diyalektik süreçleri ortaya koyan bilimsel bir araştırmanın bir örneği olarak gösterdi, ancak Virchow'u diyalektik metodolojisini daha açık bir şekilde kullanmadığı için de eleştirdi (12, s. 154, 270).

Görünüşe göre Marx, Virchow'un siyasi faaliyetlerini hem Marx'ın yakın arkadaşı ve destekçisi, hem de Virchow'un meslektaşı olan jinekolog Ludwig Kugelmann aracılığıyla etkilemeye çalıştı. Kugelmann, klinik çalışmalarında keşfettiği sıra dışı bir rahim polipi vakasının tanımını Virchow'a sunarak onun dikkatini çekmeye çalıştı. Engels, Marx'ın bu karşılaşmaya dair anlatımına alaycı bir şekilde yanıt verdi (18, cilt 3, s. 383, cilt 4, s. 39):

> "Fakat Virchow'u bu polip vasıtasıyla komünizme döndürme girişimi, ektopik ["rahim dışı"] gebeliğe benziyor. Eğer V.'nin (Virchow'un) kendisi ekonomiye ilişkin siyaset konusunda bilgi ve kuramsal ilgiye sahipse, o zaman bu seçkin burjuva, çok fazla bu işe bulaşmış demektir."

Son dönem Marksist yorumcular, Virchow'u radikal aktivizminden vazgeçmesi ve özellikle 19. yüzyılın sonlarında Avrupa komünizminin pratik mücadelelerini görmezden gelmesi, hatta bunlara karşı çıkması nedeniyle eleştirmişlerdir. Bir eleştirmen, Boenheim, Virchow'un Bismarck'a karşı muhalefetinin gerçek olmaktan çok görünüşte olduğunu iddia edecek kadar ileri gitmiştir ("Scheinopposition" - "*Sahte muhalefet*") (19, s. 25-27).

Virchow sınırlı ilerici değişimi desteklemiş olsa da, hayatının son dönemlerinde bu saygın profesör, konumunu temelden tehlikeye atacak hiçbir eylemde bulunmadı. Ayrıca Marx, Engels ve takipçilerinin kuramsal analizlerini veya siyasi çalışmalarını da kamuoyu önünde desteklemedi. Bu anlamda, Boenheim'ın Virchow'un egemen sınıfla barıştığı iddiasında bir doğruluk payı vardır (19, s. 7; 20-21).

Virchow'un 1848'de "akıl dışı" olarak nitelendirdiği kişilerle kurduğu kişisel yakınlaşma pek şaşırtıcı değil. Bu durum, şimdi biraz daha ayrıntılı olarak ele alacağım hastalıkların toplumsal kökenleri üzerine yaptığı çalışmalardan da bir şey eksiltmiyor.

Virchow, toplumcu tıp analizlerinde birçok kaynaktan, özellikle de Bacon, Hegel ve Engels ile Arnold Ruge gibi maddecilerden etkilendiğini kabul etti. Virchow, Bacon'dan pratik olarak faydalı

olacak uygulamalı bir bilime olan bağlılığını edindi. Virchow, Bacon'ın "bilgi güçtür" özdeyişini alıntılayarak şunları iddia etti:

> "Eylemi destekleyemeyen bilgi gerçek değildir. Ve anlayış olmadan faaliyet ne kadar da belirsizdir. Bilim ve uygulama arasındaki bu ayrım oldukça yenidir".

Virchow, "kendi başına amaç" olarak izlenen tarafsız bilimin kusurlarına dair uzun bir eleştirinin ardından şu sonuca vardı (22, s. 27-29):

> "Bilimin yüceliğinden ödün vermek, bilimin saygınlığını kesinlikle azaltmaz, aksine, bilim halktan yeni bir güç kazanır".

Bu bakış açısından Virchow'un sık sık dile getirdiği şu iddia ortaya çıktı: En başarılı bilim, sorunlarını büyük ölçüde somut toplumsal kaygılardan alır. Virchow'a göre bilim ve bilimsel tıp, sosyopolitik gerçeklikten kopuk olmamalıdır. Aksine, bilim insanının araştırma bulgularını bu araştırmanın önerdiği siyasi çalışmalarla ilişkilendirmeye çalışması gerektiğini savundu.

Virchow'un hem biyolojik, hem de toplumsal sorunlara yönelik diyalektik yaklaşımının ana kaynağı Hegel'di. Virchow, biyolojik düzeyde doğal süreçleri, humoral - solidistik (bu dönemde patogeneze ilişkin iki zıt yaklaşım) veya vitalistik (dinamik) - mekanistik ikilikler gibi bir dizi antitez olarak algıladı ve bu antitezler, hücresel patoloji gibi sentezlerle çözüldü.

Virchow, tarihsel süreçlere toplumsal düzeyde de diyalektik bir bakış açısıyla yaklaştı. Örneğin, 1847'de görünürdeki toplumsal huzurun "daha yüksek bir senteze" ulaşmak için toplumsal çatışma yoluyla "yok edileceğini" iddia ederek 1848 devrimlerini öngördü (23, s. 52).

Virchow, bilimsel bilginin sürecini izlerken benzer bir diyalektik analiz kullandı. Keşiflerin, bilim insanlarının başlangıçta yanlış yorumladığı geçmiş gözlemlerdeki "gerçeğin özünden" ortaya çıktığını iddia etti. Bu nedenle bilimsel bilginin diyalektiği, bilim insanının, gözlemlerin ve yorumların yapıldığı somut tarihsel koşulların farkında olmasını gerektiriyordu (22, s. 142-150).

Virchow, Hegel'den açıkça etkilenmiş olsa da, Hegelci idealizmi reddetti. Virchow'un görüşüne göre diyalektik yöntem biyolojik bilime uygulanabilir olsa da, belirli maddi olgulara dayandırılması gerekiyordu. Virchow tıpta, dogma ve spiritüalizmin yerini alacak yeni bir "maddeciliğin"

benimsenmesi gerektiğini savundu (17, s. 94-96).

Virchow, biyolojide diyalektik maddeci bir yaklaşım oluşturma girişimlerinde Engels'in erken dönem çalışmalarını inceledi. *İngiltere'deki İşçi Sınıfının Durumu adlı eserinde Engels'in yaklaşımını onaylayarak alıntıladı* ve yoksulluk ile hastalık arasındaki ilişkileri göstermek için Engels'in bazı verilerini kullandı (16, cilt 1, s. 305, 321-334).

Virchow, gençlik yıllarında Marx ile birlikte, belki de daha da büyük ölçüde, *Die Deutsch-Franzosischen Jahrbucher'i düzenleyen Arnold Ruge'den etkilenmiştir*. Virchow, Ruge'nin yazıları ve konuşmalarına, özellikle de siyasi otoritenin belirsizlikleri ve insan toplumunun "doğal yasalarını" keşfetme ihtiyacı hakkındaki yazıları ve konuşmalarına sık sık atıfta bulunmuştur (17, s. 42,104).

Virchow uygulamalı bilim, diyalektik ve maddecilik yönelimlerini birçok şekilde ortaya koymuştur, ancak en çok, çok-faktörlü etiyoloji analizlerinde ve tıp bilim insanının siyasi rolünde bunu göstermiştir.

Virchow belirli hastalıkların kökenlerini araştırırken, hastalığın oluşumunda birbirleriyle etkileşim halinde olan çeşitli toplumsal, politik, ekonomik, coğrafi, iklimsel ve fizyolojik faktörleri sürekli olarak inceledi. Hastalığın ortaya çıktığı somut tarihsel ve maddi koşulları, önlemeyi engelleyen çelişkili toplumsal güçleri ve araştırmacıların reformu savunmadaki rolünü vurguladı.

Virchow, çok-faktörlü etiyoloji analizinde en önemli nedensel faktörlerin insanların gündelik yaşamlarının maddi koşulları olduğunu öne sürmüştür. Bu görüş, etkili bir sağlık sisteminin kendisini bireysel hastaların patofizyolojik rahatsızlıklarını tedavi etmekle sınırlayamayacağı anlamına geliyordu. Virchow'un bakış açısına göre tıp bilim insanının sorumlulukları, sıklıkla doğrudan siyasi eyleme kadar uzanıyordu.

Virchow, Yukarı Silezya'daki tifüs salgını, Berlin'deki kolera salgını ve Berlin'deki tüberküloz salgınına dayanarak, hastalıkların yayılmasına izin veren toplumsal koşulları vurgulayan bir salgın kuramı geliştirdi. Toplumdaki kusurların salgınların ortaya çıkması için *gerekli bir koşul* olduğunu savundu.

Virchow, bazı hastalık türlerini "*kalabalık hastalıkları*" veya "*yapay hastalıklar*" olarak sınıflandırdı. Bunlar arasında tifüs, skorbüt, tüberküloz, cüzzam, kolera, tekrarlayan ateş ve bazı akıl hastalıkları yer alıyordu. Bu analize göre, yetersiz toplumsal koşullar nüfusun iklime, bulaşıcı ajanlara ve diğer belirli nedensel faktörlere karşı duyarlılığını artırıyordu. Ancak bunların hiçbiri tek başına bir salgına yol açmak için yeterli değildi (16, cilt 1, s. 121-122):

> "Toplumsal hastalıklar her yerde toplumun *eksikliklerine* işaret etmiyor mu? Atmosferik veya kozmik koşullar veya benzer faktörler öne sürülebilir. Ancak bunlar tek başlarına salgınlara neden olmazlar. Sadece... kötü toplumsal koşullar nedeniyle insanların bir süre anormal durumlarda yaşadığı yerlerde salgınları tetiklerler."

Bu bakış açısından, salgınların önlenmesi ve ortadan kaldırılması için toplumsal değişim tıbbi müdahale kadar, hatta daha da önemliydi (23, s. 125-129):

> "Tıbbın gelişmesi sonunda insan ömrünü uzatacaktır, ancak toplumsal koşulların iyileştirilmesi bu sonucu daha hızlı ve başarılı bir şekilde sağlayabilir".

Sağlık emekçileri, yalnızca tıbbi alandaki çabaların bu sorunları hafifleteceğini düşünerek kendilerini kandırdılar. Bu nedenle, toplumsal çözümlerin savunulması klinik çalışmanın gerekli bir tamamlayıcısı haline geldi. Virchow'un en çok vurguladığı toplumsal kusurlar, sosyal sınıfın maddi koşullarıydı. İşçi sınıfının çektiği yoksunlukları uzun uzun anlattı ve hastalık desenlerini bu yoksunluklarla ilişkilendirdi. Örneğin şehirlerin işçi sınıfı bölgelerinde hastalık ve ölüm hızlarının, özellikle de bebek ölüm hızlarının, daha varlıklı bölgelere göre çok daha yüksek olduğunu belirtti.

Virchow, Engels'in aktardığı istatistiklerin yanı sıra, Alman şehirlerindeki yetersiz konut, beslenme ve giyim koşullarını gösteren kendi topladığı verileri de belge olarak kullandı. Virchow, hükumet yetkililerinin hastalıkların bu temel nedenlerini görmezden gelmelerini eleştirdi.

Virchow ayrıca yoksulların bakımını toplumsal sorumluluk gereği üstlenmek yerine onlardan ödeme talep eden hastanelerin politikalarına da saldırdı. Virchow, sınıf koşullarına duyduğu öfkeyi en güçlü şekilde Berlin'deki kolera salgını gibi salgın hastalıklar hakkındaki tartışmasında dile getirdi (17, s. 110):

> “Mücadelemizin toplumsal bir mücadele olduğu, görevimizin kavun ve somon, kek ve dondurma tüketicilerini, kısacası rahat burjuvaziyi rahatsız edecek talimatlar yazmak değil, yumuşak ekmeği, iyi eti, sıcak giysisi ve yatağı olmayan, çalışmaları nedeniyle pirinç çorbası ve papatya çayıyla geçinemeyen yoksulları koruyacak kurumlar yaratmak olduğu gerçeği açık değil mi? Zenginler kışın, sıcak sobalarının önünde oturup küçük çocuklarına Noel elması verirken, kömürü ve elmaları getiren gemicilerin koleradan öldüğünü hatırlasınlar. Ah, birkaç yüz kişinin iyi yaşaması için binlerce insanın sefalet içinde ölmesi ne kadar üzücü”.

Virchow'a göre, çalışma hayatının getirdiği yoksunluklar, hastalıklara karşı bir yatkınlık yaratıyordu. Bulaşıcı organizmalar, iklim değişiklikleri, kıtlık veya diğer nedensel faktörler ortaya çıktığında, hastalık bireylerde beliriyor ve hızla topluma yayılıyordu.

Virchow'un hastalıkların toplumsal kökenlerine dair anlayışı, halk sağlığı ve tıp bilimcisi için tanımladığı geniş kapsamın oluşmasına yol açtı. Devlet tarafından istihdam edilen sağlık emekçileri tarafından yönetilen, kamuya ait ve kamu tarafından işletilen sağlık tesislerinden oluşan entegre bir sistem olan “halk sağlığı hizmetinin” oluşturulmasını öngördü. Bu sistemde sağlık hizmeti, vatandaşlığın Anayasal bir hakkı olarak tanımlanacaktı. Bu hak kapsamında, hastalığa değil sağlığa katkıda bulunan maddi yaşam koşullarından yararlanma da yer alacaktı (17, s.55;23, s. 131-138).

Virchow'un “yoksulların doktorları” (*Armenarzten*) olarak adlandırdığı halk sağlığı emekçilerinin faaliyetleri, doğrudan tıbbi bakımın yanı sıra savunuculuğu da içerecektir. Bu anlamda sağlık emekçileri “yoksulların doğal avukatları” haline gelecektir. Virchow, Yukarı Silezya tifüs salgınına ilişkin gözlemlerinden yola çıkarak, doktorların çalıştıkları bölgelerin yerel dillerini ve lehçelerini öğrenmelerini önermiştir.

Yoksul topluluklarda çalışan sağlık emekçilerinin içinde bulunduğu zor durumu hassasiyetle anlattı. Yoksullar arasında tıp hizmetinin iki tür adaletsizliği içerdiğini iddia etti: yoksullara karşı olan adaletsizlikler ve hekimlere karşı olan adaletsizlikler. En iyi niyetlerle bile, yoksullar arasında çalışan hekimlerin sürekli aşırı iş yüküyle ve hastalığı besleyen toplumsal koşulları değiştirme konusunda kendi acizlikleriyle karşı karşıya kaldığını savundu. Bu nedenle, daha temel toplumsal değişim için mücadele etmeden kamu sağlık hizmetini savunmanın safça bir yaklaşım olduğunu belirtti.

Virchow'un halk sağlığı hizmeti anlayışında iki temel ilke daha vardı: önleme ve devletin vatandaşlar için maddi güvence sağlama sorumluluğu. Virchow'un önlemeye verdiği önem, büyük ölçüde salgın hastalıklar üzerindeki gözlemlerinden kaynaklanıyordu. Bu hastalıkların oldukça basit politikalarla önlenebileceğine inanıyordu. Örneğin, Yukarı Silezya tifüs salgınının başlıca nedenini, salgından önceki birkaç kötü patates hasadında buldu. Hükumet yetkilileri, ülkenin diğer bölgelerinden gıda maddelerini yeniden dağıtarak yetersiz beslenmeyi önleyebilirdi. Dolayısıyla önleme, büyük ölçüde siyasi bir sorundu (17, s. 108, 127):

> "Bizim politikamız önleyici tedbirlere yönelikti, rakiplerimizinki ise semptomları hafifletmeye yönelikti."

Sağlık emekçilerinin "önlemeyi", yalnızca tıbbi alandaki faaliyetlerle başarabileceğini düşünmek aptalcaydı, maddi güvence de şarttı. Virchow'a göre devletin sorumlulukları arasında "sağlıklı" vatandaşlara iş sağlamak da vardı. İşçiler ancak garantili istihdam yoluyla iyi sağlık için gerekli ekonomik güvenceyi elde edebilirlerdi. Benzer şekilde, fiziksel engelliler de kamusal tazminat hakkından yararlanmalıdır (17, s. 106).

Virchow'un hastalıkların toplumsal kökenlerine dair vizyonu, tıp alanının büyüklüğünü ortaya koymuştur. Hastalıkların toplumsal koşullardan kaynaklandığı ölçüde, tıp bilimcisi bu koşulları klinik araştırmanın bir parçası olarak incelemeli ve sağlık emekçisi siyasi eyleme katılmalıdır. Virchow'un tıp, sosyal bilimler ve siyaset karşıtlığı arasında sık sık kurduğu bağlantıların anlamı budur:

> "*Tıp bir sosyal bilimdir ve siyaset daha büyük ölçekte tıptan başka bir şey değildir*". (17, s. 117; 22, s. 106).

Virchow'un bu konulardaki analizi, büyük ölçüde 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarında bilimsel tıbbın seyrini şekillendiren muhafazakar siyasi güçler nedeniyle önemsiz kaldı. Katkıları, hastalık ve acıyı doğuran toplumsal koşulları anlamaya ve değiştirmeye yönelik güncel girişimler için bir standart belirledi.

SALVADOR ALLENDE

Virchow ve Allende'nin yaşamları arasında patoloji pratiği, ironik bir süreklilik oluşturuyordu. Otopsilerdeki deneyimleri, onları toplumsal yapı sorunlarındaki hastalık ve ölüm kaynaklarıyla tanıştırdı. Allende'nin siyasi kariyeri, kısmen ani sonunun trajedisi nedeniyle Virchow'unkinden daha iyi bilinir. Bununla birlikte, toplumcu tıp her ikisi için de merkezi bir konuydu ve Allende, Şili halkının sağlık sorunlarının büyük ölçüde ülkenin ekonomik ve siyasi koşullarından kaynaklandığını çok erken fark etti.

Allende, profesyonel meslek sahibi bir aileden geliyordu. Büyükbabası da bir hekimdi ve Şili ordusunda sağlık hizmetleri yöneticisi olarak görev yapmıştı. Babası avukat, annesi liberal siyasi görüşlere sahipti. Aile rahat bir yaşam sürse de, ülkenin mali elitleriyle bağları yoktu. Hatta 1920'ler ve 1930'larda sol siyasete sempati duyan birkaç aile üyesi kısa süreler hapis yattı. Allende, henüz ergenlik çağındayken siyasete ve işçi sınıfının sorunlarına derinden ilgi duymaya başladı. Ayakkabıcı Juan Demarchi onu siyasi kuramla tanıştırdı ve önemli bir etki yarattı (24, s. 66).

Allende'nin tıp alanındaki çalışmaları onu sınıf sorunlarına karşı daha da duyarlı hale getirdi. Tıp fakültesindeyken ve stajının bir bölümünde patolojik anatomi asistanı olarak çalışarak geçimini sağladı. Bu işin "çok zor ve çok sıkıcı" olduğundan şikayet etti (24, s. 67). Ancak daha sonra otopsi deneyiminin onu yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklar ve yoksulların diğer sağlık sorunları konusunda eğittiğinden duyduğu memnuniyeti dile getirdi.

Gece okullarında işçilere ders vermesi, Tıp Öğrencileri Merkezi başkanlığı yapması, Şili Üniversitesi'nden geçici olarak atılmasına neden olan bir öğrenci grevinin liderliğini üstlenmesi ve Carlos Ibanez'in diktatörlüğüne karşı muhalefeti nedeniyle kısa bir süre hapse girmesiyle halk siyasetine olan bağlılığı daha da belirginleşti.

Allende tıp öğrencisiyken Marksist kuram üzerine çalıştı. Röportajlarında kendi gelişimini şöyle anlattı:

> "Tıp öğrencileri geleneksel olarak en ileri seviyede olanlardı. O zamanlar mütevazı bir bölgede yaşıyorduk, neredeyse halkla birlikte yaşıyorduk, çoğumuz taşradan geliyorduk ve aynı yurtta kalanlarımız geceleri Das Kapital, Lenin ve ayrıca Troçki okumak için bir araya gelirdik" (24, s. 63-64).

> “Marksizmle ilk temasımız üniversite öğrencisi olduğumuz dönemdeki huzursuzluğumuzdan kaynaklandı. . . . Her şeyden önce, tıp öğrencisi ve hekim çok açık toplumsal gerçeklerle doğrudan yüzleşir. Çok çabuk öğrendik ki, hastalık ne kadar büyükse yoksulluk da o kadar büyük, yoksulluk ne kadar büyükse hastalık oranı da o kadar yüksek... Bu, kaçınılmaz bir şekilde kendini tekrar eden bir aksiyomdur. . . . Marksist kuramcıları okuduk” (25, s. 6).

1930'lu yıllarda Allende tıbbi ve siyasi çalışmalarına devam etti. Şili Sosyalist Partisi'nin bir örgütleyicisi olarak, *Şili Tıp Bülteni'*nin düzenlenmesine yardımcı oldu ve *Sosyal Tıp Dergisi'ni* kurdu. José Vizcarra ile işbirliği yaparak ilk kitabı olan *Ulusal Sağlığın Yapısı*'nı (*La Estructuracion de Salubridad Nacional*) yazdı (26). Bu kitap Allende'nin daha sonra 1950'lerde Senatör olarak önerdiği yasalar aracılığıyla kurulmasına yardımcı olduğu *Şili Ulusal Sağlık Hizmeti'nin* (*Servicio Nacional de Salud ,* SNS) genel yönlerini geliştirdi.

Allende 1938'de, sol partilerin koalisyonu olan Halk Cephesi'nin kurucusu olarak, daha sonra kendisini Sağlık Bakanı olarak atayan Pedro Aguirre Cerda'nın seçimi için çalıştı. Atanmasından kısa bir süre sonra Allende, toplumcu tıp üzerine önemli bir monografi olan *Şili Tıbbi-Sosyal Gerçekliği'ni* (*La Realidad MedicoSocial Chilena*) tamamladı (27).

Allende bu kitapta, hastalık ile Şili halkının karşı karşıya kaldığı sosyoekonomik gerçeklik arasındaki bağlantıları analiz etti. Toplumcu tıp alanında bir başyapıt olarak kalmaya devam ediyor ve daha ayrıntılı bir değerlendirmeyi hak ediyor. Ancak öncelikle, Allende'nin sonraki yaşamına dair bazı notlar yerinde olacaktır.

1940'lar ve 1950'lerde Senatör ve muhalefetteki Sosyalist Parti lideri olarak Allende, tıbbi ve siyasi kaygıları iç içe geçirmeye devam etti. Şili SNS'sini (Ulusal Sağlık Sistemi) kuran yasayı kaleme aldı. SNS bürokratik verimsizlikten mustarip olsa da, Şili nüfusunun yaklaşık yarısına ücretsiz tıbbi bakım, ağır hastalıklar için ek sübvansiyonlar, doğum öncesi ve doğum yardımları ve taşra hastanelerine destek sağladı.

Allende ayrıca ülkesindeki uluslararası kapitalizm ve hastalık arasındaki ilişkileri de göz önünde bulundurdu. 1941'de Amerikan Halk Sağlığı Birliği'ne yaptığı konuşma, emperyalizmin tıbbi sonuçlarının etkileyici bir analizini sundu (28).

Allende, tıp eğitimine de büyük ilgi duyuyordu. Allende, Şili Üniversitesi tıp fakültesinde öğretim üyesi olarak, bütün sosyal sınıflardan tıp öğrencisi alımını genişletmek için çaba gösterdi. 1960'ların başlarında sosyal bilimlerin tıp müfredatına dahil edilmesini destekledi. Dahası, 1940'ların sonlarında Şili Tabipler Birliği'ni (*Colegio Medico de Chile*) kuran yasayı hazırladı.

Birliğin ilk dönemlerinde, Allende bizzat başkanlığını yaptı. Başlangıçta Birlik, Şili sağlık sistemi için mütevazı reformlardan oluşan liberal bir program benimsedi. Ancak 1950'ler ve 1960'larda giderek daha muhafazakar hale geldi, özel çalışan hekimlerin mali haklarını savundu ve hükumet düzenlemelerine direndi.

Allende, stajından sonra büyük ölçüde siyasi çalışmalarının yoğunluğu nedeniyle tıp pratiği yapmasa da, sağlık politikasına olan ilgisini korudu. 1958 ve 1964 yıllarında Sosyalist Parti adayı olarak başkanlık seçimlerinde başarısız olduktan sonra, 1970 seçimlerinde çoğunluğu elde etti.

Kasım 1970'te batı yarımkürenin büyük bir ülkesinde seçilen ilk sosyalist cumhurbaşkanı olarak göreve başladı. Allende, başkanlığı sırasında, senatör olarak desteklediği yasalara benzeyen bir dizi sağlık sistemi reformunu teşvik etti. Allende hiçbir zaman mesleği millileştirmeye veya özel muayenehaneleri kapatmaya çalışmadı. Önerileri genel olarak reformist kaldı ve Şili sağlık sisteminde temel yapısal değişikliklere yol açmadı (29-31).

Allende'nin hastalığın toplumsal kökenlerine dair anlayışı, hem sağlık sektörü içinde, hem de dışında siyasi aktivizmini etkiledi. Sosyal yapı, hastalık ve acı arasındaki ilişkilere dair analizini en sistematik şekilde klasik eseri *La Realidad MedicoSocial Chilena'da* (27) ortaya koydu.

La Realidad, hastalığı genellikle yoksun toplumsal koşullar tarafından beslenen bireyin bir bozukluğu olarak kavramsallaştırdı. Bu anlayış, toplumsal değişimin birçok sağlık sorununa potansiyel olarak etkili tek tedavi yaklaşımı olduğu anlamına geliyordu. Hastalık üzerine yaptığı kuramsal analiz ve politika önerilerinde *La Realidad,* hem Engels hem de Virchow'un önceki çalışmalarına güçlü benzerlikler gösterdi. (Allende'nin bu öncüllerle tanışmış olması muhtemel olsa da, mevcut yazılarında doğrudan bir atıf bulunmamaktadır.)

İçeriğinin yanı sıra, *La Realidad'ın* örgütsel biçimi ve anlatım tarzı, Engels'in *İngiltere'deki İşçi Sınıfının Durumu* ve Virchow'un Yukarı Silezya'daki tifüs salgını üzerine yazdığı monografisine benziyordu.

Allende, toplumsal yapı ve hastalık arasındaki bağlantılar üzerine kuramsal bir girişten sonra, belirli sağlık sorunlarını bağlamına oturtmak için gerekli olan bazı coğrafi ve demografik "öncülleri" sundu. Kitabın bir sonraki bölümünü "işçi sınıflarının yaşam koşullarına" ayırdı. Kitabın son bölümlerinde ise sağlık tesisleri ve hizmetlerinin kapsamlı bir incelemesi ve sosyalist stratejiye dayalı bir değişim planı sunuldu.

La Realidad'ın tanıtımı, sağlık sistemindeki kademeli reformların, toplumda geniş yapısal değişikliklerle birlikte yapılmadığı sürece etkisiz kalacağı görüşünü geliştirdi. Allende, kapitalizmi ve özellikle Şili'nin doğal kaynaklarından ve ucuz iş gücünden kâr elde eden çokuluslu şirketleri vurguladı. Sağlık sistemini iyileştirmek için, halkçı bir hükumetin kapitalist sömürüyü sona erdirmesi gerektiğini iddia etti (27, s. 6,8):

> "Ulusal üretimde elde edilen ilerleme, halk kesimlerinde kayda değer bir refah marjı yaratmamıştır. Çünkü uluslararası kapitalizm –büyük üretim merkezlerinin ekonomik ve finansal efendisi– yalnızca piyasanın talebini karşılamak için üretim yapmakla ilgilenir ve daha fazlasıyla değil. Kapitalist işletme için, sefil koşullarda yaşayan, hastalıklara yakalanma riski taşıyan veya karanlıkta bitkisel hayata giren bir işçi nüfusunun varlığı hiçbir önem taşımaz. ... Bu nedenle, hükumetimizin görevi yalnızca halkı dönüştürme gibi iyileştirici bir görev değil, aynı zamanda dünyayı kuşatan ekonomik emperyalistlerin sömürüsüne ve hortumlamasına karşı savunma görevidir. ... Ekonomik ilerleme olmadan... hijyen veya tıp açısından ciddi bir şey başarmak imkansızdır... çünkü yetersiz beslenen, paçavra giyen ve acımasız bir sömürü seviyesinde çalışan bir halka sağlık ve bilgi vermek imkansızdır ."

Allende'nin analizine göre sağlık sorunları, uluslararası kapitalizmle ayrılmaz bir şekilde bağlantılıydı, sosyalist bir ekonomik sisteme doğru uğraşmadan hastaları iyileştirme umudu yoktu.

Allende, işçi sınıfının yaşamına dair anlatımında analitik üslubu ve istatistiksel tablolarıyla, sınıf baskısının, az gelişmişliğin ve yetersiz beslenmenin etkilerine duyduğu öfkeyi ince bir şekilde gizlemiştir. İlk olarak işçilerin maddi durumunun temel belirleyicisi olarak gördüğü ücretlere odaklanmıştır. Ekonomik gözlemlerinin çoğu, daha sonraki endişeleri önceden tahmin etmiştir. Bunlar arasında erkekler ve kadınlar arasındaki ücret farklılıkları, enflasyonun etkisi ve geçim düzeyini güvence altına almayı amaçlayan yasaların yetersizliği yer almaktadır.

Ücretlerle ilgili açıklamalarını doğrudan beslenme sorununa bağladı ve gıda bulunabilirliği, kazanç gücü ve ekonomik kalkınma düzeyi hakkında karşılaştırmalı veriler sundu. Sadece süt ve diğer gerekli gıda maddelerinin üretimi daha gelişmiş ülkelerdekine göre daha az verimli olmakla kalmadı, aynı zamanda Şilili işçilerin düşük kazanç gücü de gıdaya erişimi zorlaştırdı.

Yeterli beslenmeyi sağlamak için gereken minimum şartları gözden geçiren araştırmacı, Şilili işçilerin çoğunun bu beslenmenin unsurlarını düzenli olarak elde edemediğini tespit etti. Yüksek bebek ölüm hızları, iskelet deformiteleri, tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıkların kökeninde kötü beslenmenin yattığını ve iyileşmenin işçiler için daha iyi ekonomik koşullara bağlı olduğunu savundu.

Allende daha sonra giyim, barınma ve hijyen olanaklarına yöneldi. Şili'deki emekçi insanların yetersiz giyindiğini, bunun büyük ölçüde ücretlerin düşük olmasından ve gelirin büyük bir kısmının yiyecek ve barınmaya harcanmasından kaynaklandığını tespit etti. Allende, yetersiz giyimin etkilerinin, Şili'de üst solunum yolu enfeksiyonları, zatürre ve tüberküloz oranlarının, ekonomik olarak gelişmiş herhangi bir ülkeye göre daha yüksek olmasına yol açtığını savundu.

Allende, konut sorunlarına ilişkin analizinde nüfus yoğunluğuna odaklandı. Şili'nin dünyada konut başına düşen kişi sayısının en yüksek olduğu ülkelerden biri olduğunu belirtti. Aşırı kalabalık, bulaşıcı hastalıkların yayılmasına ve kötü hijyene yol açıyordu. Yine, nüfus yoğunluğu ile genel ölüm oranı arasında bir ilişki olduğunu gösteren karşılaştırmalı verilere atıfta bulundu.

Allende, hem Engels'i hem de Virchow'u anımsatan bir üslupla, konut koşullarına ilişkin somut bir açıklama sundu. İnşaatta özel girişim için sağlanan imkanları gözden geçirdi, yetersiz buldu ve yeni konutlara büyük kamu yatırımı yapılması gerektiğinin altını çizdi. Ardından Allende, Şili'nin bütün illeri için içme suyu ve kanalizasyon sistemlerine ilişkin veriler verdi ve ülkenin geniş bölgelerinde bu temel olanakların bulunmadığını belirtti.

İşçi sınıfı koşullarına dair bu görüş, Allende'nin daha sonraki tıbbi sorunlar analizinin temelini oluşturdu. Belirli hastalıkları tartışırken, kaynaklarını maddi çevrede aradı. Bu birleştirici temayı şu şekilde ifade etti (27, s. 75):

> "Toplumdaki birey soyut bir varlık değildir; doğar, gelişir, yaşar, çalışır, ürer, hastalanır ve ölür. Bunların hepsi, farklı biçimleri hastalığın etiyolojik ajanları karşısında çeşitli tepki

> biçimleri yaratan çevrenin sıkı denetimi altındadır. Bu maddi çevre, ücretler, beslenme, barınma, giyim, kültür ve diğer somut ve tarihsel faktörler tarafından belirlenir...".

Hastalıklar kısmen toplumsal koşullardan kaynaklandığı için, sağlık programları, toplumun hastalık üreten koşullarını değiştirmeden başarılı olamaz.

Allende'nin ele aldığı tıbbi sorunlar arasında, anne ve bebek ölümleri, tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, diğer bulaşıcı hastalıklar, duygusal bozukluklar ve meslek hastalıkları yer alıyordu. Gelişmiş ülkelerde anne ve bebek ölüm hızlarının genellikle az gelişmiş ülkelere göre çok daha düşük olduğunu gözlemledi. Başlıca ölüm nedenlerini inceledikten sonra, yetersiz beslenme ve kötü hijyenin, bu aşırı ölüm oranının başlıca açıklamaları olduğu sonucuna vardı.

Allende aynı bölümde yasadışı kürtajın ilk analizlerinden birini verdi. Jinekoloji hastanelerindeki ölümlerin büyük bir kısmının, yaklaşık yüzde 30'unun, kürtaj ve komplikasyonlarından kaynaklandığını belirtti. İşçi sınıfı kadınları arasında kürtaj komplikasyonlarının yüksek oranına dikkat çekerek, bu sorunu ekonomik yoksunluğa bağladı. Allende, komplikasyonların kuru bir istatistiksel anlatımından sonra, yine öfkesini dile getirdi (27, s. 86):

> "Ücretlerinin yetersizliğinden duydukları endişe nedeniyle, zaten yetersiz olan kaynaklarını daha da azaltacak yeni bir çocuğun doğmasını önlemek için kürtaj yaptıran yüzlerce emekçi anne var. Ekonomik gerçekliğin getirdiği endişeler yüzünden yüzlerce emekçi anne hayatını kaybediyor".

Allende, tüberkülozun görülme sıklığının toplumsal sınıflar arasında çok büyük farklılık göstermesi nedeniyle onu "sosyal hastalık" olarak tanımladı. Antibiyotik çağından önce yazan Allende, modern epidemiyolojinin vardığı sonuçlara benzer sonuçlara ulaştı: tüberkülozdaki büyük düşüş, tıbbın tedavi edici müdahalelerinden çok, ekonomik kalkınmadaki tarihsel ilerlemeleri takip etti.

Yirminci yüzyılın ilk otuz yılına ait istatistiklerle, ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde tüberkülozun sürekli olarak azaldığını kaydetti. Bu eğilimler, ABD ve batı Avrupa'nın neredeyse tüm ülkeleri için açıktı. Öte yandan, Şili gibi ekonomik olarak az gelişmiş ülkelerde çok az ilerleme kaydedilmişti.

Allende, cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bölümünde, sifilis ve bel soğukluğunun yayılmasını kolaylaştıran sosyoekonomik sorunlara da vurgu yaptı. Örneğin, işçi sınıfının

yaşamındaki yoksunlukların fuhuşu teşvik ettiğini ele aldı. Santiago ve diğer şehirlerdeki fuhuşun yaygınlığına ve yoksul ailelerden kadınların erken dönemde fuhuşa yönlendirilmesine atıfta bulunarak, fuhuşu ortadan kaldırmaya yönelik sosyal programların, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda önemli iyileşmelerden önce gelmesi gerektiğini savundu.

Diğer bulaşıcı hastalıklar, Allende'nin sonraki bölümünün konusuydu. Dikkatini ilk olarak, Virchow'un hastalık ve sosyal yapı arasındaki ilişkiler hakkındaki görüşlerini şekillendiren aynı hastalık olan tifüse çevirdi. Allende analizine basit bir ifadeyle başladı (27, s. 105):

> "Tifüs gibi bazı [bulaşıcı hastalıklar], kitlelerin yoksullaşma durumunun bir göstergesidir".

Virchow'un Yukarı Silezya'da bulduğu gibi, Allende de Şili'deki işçi sınıfında orantısız derecede yüksek tifüs vakası tespit etti. Dizanteri ve tifo ateşinin, yoğun nüfuslu yerleşim alanlarındaki yetersiz içme suyu ve sanitasyon olanakları nedeniyle ortaya çıktığını ve yayıldığını gösterdi. Benzer sorunlar difteri, boğmaca, kızıl, kızamık ve trahom gibi diğer enfeksiyonları da tetikledi.

Allende'nin bulaşıcı hastalıkların etiyolojisinde toplumsal faktörlere ilişkin açıklaması, modern epidemiyolojinin birçok vurgusundan önce gelmiştir. Argümanları, Allende'nin yazdığı dönemde batı tıbbının baskın bakış açısı olan, belirli etiyolojik etkenler ve tedaviler arayışının ötesine geçmiştir.

Bağımlılık, Allende'nin tutkuyla tartıştığı bir diğer konuydu. Kariyeri boyunca bağımlılıkla ilgili endişesini korudu. Şili Cumhurbaşkanı olarak sağlık politikalarının önceliklerinden biri de geniş çaplı bir alkolizm programıydı. Allende, *La Realidad*'da bağımlılık yapan uyuşturucuların kullanımını motive eden toplumsal ve psikolojik sorunları analiz etti. Allende'nin alkolizmin nedenlerine ilişkin analizi (27, s. 119), Engels'inkine oldukça benziyordu:

> "Görüyoruz ki, geçimini sağlamak için gereken ücretin çok altında kalan bu ücret, gerekli giysileri karşılamaya yetmiyor, yetersiz konutlarda yaşamak zorunda kalınıyor... [ve] yiyecek, gerekli minimum kalori enerjisini üretmeye yetmiyor... İşçi, meyhaneye gidip kendini sarhoş etmenin tüm bu sorunlara görünür bir çözüm olduğu sonucuna varıyor. Meyhanede aydınlık ve sıcak bir yer ve evdeki sefaleti unutturacak arkadaşlar bulunuyor. Kısacası, Şilili işçi için... alkol bir uyarıcı değil, bir uyuşturucu...".

Toplumsal sefaletten kaynaklanan alkolizm, sağlık üzerinde derin bir etkiye sahipti. Allende, bu etkiyi gastrointestinal hastalıklar, siroz, deliryum tremens, cinsel işlev bozukluğu, doğum kusurları ve tüberküloz dahil olmak üzere çeşitli hastalıklar için belgeledi. Ayrıca alkolizmin daha incelikli toplumsal sonuçlarından bazılarını da ele aldı. Örneğin, kazalardan kaynaklanan ölümlerde alkolün rolüne dair erken bir açıklama sundu.

Allende'nin meslek hastalıkları hakkındaki kısa açıklaması, kapsamlı sonuçlara varmak için mevcut verilerin yetersiz olduğu düşünüldüğünde yaklaşımının alçakgönüllülüğünü ortaya koymuştur. Meslek kaynaklı ölüm ve sakatlıkların, o dönemde ülkenin karşı karşıya kaldığı en önemli sorunlar arasında olduğunu kabul etmiştir. Nitekim, meslek hastalıkları, hastalık ile toplumsal yapı arasında doğrudan bağlantılar ortaya koymuştur.

Allende, meslek hastalıkları hakkındaki bilginin hala ilkel bir düzeyde kaldığını belirtti. Endüstriyel kazalar ve silikozis gibi sorunları inceledi. Ancak aktivistlerin kırk yıl sonra mücadele etmek zorunda kaldığı aynı bilgi eksikliğini yansıtarak, Allende'nin savunabileceği en fazla şey "sosyal patolojimizin bu yönünün sistematik olarak incelenmesi ve planlanması" idi. (27, s. 124)

Allende, kitabının sonraki bölümlerinde Şili sağlık sisteminin kapsamlı bir analizini gerçekleştirdi. Bu bölümler doğrudan hastalıkların toplumsal kökenleriyle ilgili olmasa da, tartışmanın bazı özellikleri dikkat çekiciydi. Allende'nin mevcut tıbbi tesisler, programlar, yasalar, yönetmelikler, idari kurumlar ve personel hakkındaki kapsamlı kataloğu, sağlık hizmetleri planlaması için bir standart belirledi.

Planlamacılar tarafından sıklıkla göz ardı edilen argümanı, halihazırda mevcut olan kaynaklar hakkında ayrıntılı bilgi olmadan, soyut politika oluşturmanın anlamsız kaldığıydı. Bir diğer birleştirici tema ise, duyarlı bir sağlık sistemine ulaşmak için gerekli olan genel koordinasyon eksikliğiydi. Şili genelinde birçok potansiyel olarak faydalı tesis ve program mevcut olmasına rağmen, bunların parçalı ve düzensiz kaldığını belirtti (27, s. 186). Bu nedenle, Allende'nin siyasi hedefi, yalnızca yeni hizmetler sunmakla kalmayıp, aynı zamanda mevcut olanları da yeniden düzenleyen kapsamlı bir sağlık sistemiydi.

Allende bu bölümleri, ilaç endüstrisinin hastalıkların kapitalist sömürüsüne yönelik bir eleştiriyle sonlandırdı. Belki de türünün en erken analizlerinden birinde Allende, marka ilaçların fiyatlarını jenerik eşdeğerleriyle karşılaştırdı (27, s. 189-190):

> "Örneğin, enfeksiyon hastalıkları üzerinde önemli etkisi olan sülfanilamid adlı ilaç için şu farklı isim ve fiyatları görüyoruz: Prontosil 26,95$, Gombardol 20,80$, Septazina 21,60$, Aseptil 18,00$, Intersil 13,00$, Acetilina 6,65$. Kamuoyunun gözünde farklı isimlerle görünen bu ürünlerin tamamı, gerçekte benzer bir ambalajda satılan ve 0,50 gram sülfanilamid içeren 20 tabletten oluşan aynı ilaca karşılık gelmektedir."

İlaç isimleri meselesinin ötesinde, Allende ayrıca ilaç reklamlarını şiddetle eleştirerek daha sonraki bir temayı da öngörmüştü (27, s. 191):

> "Farmasötik uzmanlık alanlarıyla ilgili bir diğer sorun da... gerçek değerlerinden çok uzak nitelikler ve iyileştirici güçler atfeden aşırı ve sahtekar propagandadır."

Allende, kariyeri boyunca çokuluslu ilaç şirketlerinin sömürüsüne ilişkin endişesini dile getirdi. Başkan olarak, ulusal bir jenerik ilaç formülünün geliştirilmesine yardımcı oldu ve kuzey Amerika firmalarının hakimiyetinde olan ilaç endüstrisinin millileştirilmesini önerdi.

Allende'nin sonuç bölümü, Halk Cephesi hükumeti içindeki Sağlık Bakanlığı'nın politika pozisyonlarını ve siyasi eylem planını ortaya koydu. Bu bölümler, hastalıkların toplumsal kökenlerine ve gerekli sosyal-yapısal çözümlere dair olağanüstü bir genel bakış sunuyordu.

Allende, makro-düzeydeki siyasi ve ekonomik meselelerin dışındaki belirli sağlık sorunlarını tartışmayı reddetti. Politika önerilerini "İnsan Sermayesi Hakkındaki Hususlar" başlıklı bir bölümle sundu. İşçiler arasında kötü sağlığın zararlı ekonomik etkisini analiz ederek, sağlıklı bir nüfusun kendi başına değerli bir hedef olmasının yanı sıra, ulusal kalkınma için de gerekli olduğunu savundu.

Ülkenin verimliliği, işçilerin hastalıkları ve vakitsiz ölümleri nedeniyle zarar görüyordu. Ancak işçilerin sağlığını iyileştirmek, toplumda temel yapısal değişiklikler olmadan imkansızdı. Bu değişiklikler, "emek ürününün adil dağılımı", "gıda ve giyim eşyalarının üretimi, dağıtımı ve fiyatının devlet tarafından düzenlenmesi", ulusal bir konut programı ve işçi sağlığı sorunlarına özel önem verilmesini içerecekti. Tıp ile daha geniş sosyal gerçeklik arasındaki bağlantılar kaçınılmazdı:

> "Bunlar, ülkenin tıbbi-sosyal sorunlarının çözümünün, tam olarak proletarya sınıflarını etkileyen ekonomik sorunların çözümünü gerektireceği anlamına gelir" (27, s. 198).

Allende'nin temel görüşü, sağlık politikasının sağlık sektörünü aşması gerektiğiydi. Ancak bu ilkeyi soyut terimlerle ifade etmekle yetinmedi. Bunun yerine, etkili bir sağlık sistemi için ön koşul olarak gördüğü genel sosyal politikalar önerdi.

Her şeyden önce, hayata geçirilmesi halinde servetin tam ölçekli yeniden dağıtımına yol açacak olan ücret yapısında reformlar önerdi. Beslenme konusunda, süt tedarikini, balıkçılığı ve soğutmayı iyileştirmek için bir plan geliştirdi ve tarımsal verimliliği artırmak için toprak reformu hükümleri önerdi. Daha iyi konut ihtiyacını fark eden Allende, kamu destekli inşaatta ulusal çapta eşgüdümlü bir çaba ve özel sektörde kira kontrolü önerdi.

Böylece Allende, kitabının başlarında ortaya koyduğu analitik bakış açısını korudu. Hastalıkların başlıca toplumsal nedenleri düşük ücretler, yetersiz beslenme ve kötü konut koşulları olduğundan, halk sağlığı sisteminin ilk sorumluluğu bu koşulları iyileştirmekti. Allende, belirli hastalık türleri için araştırma veya tedavi programlarına vurgu yapmadı. Bunun yerine, hastalık ve ölüm oranlarındaki en büyük ilerlemelerin sosyal yapıda temel değişiklikleri takip edeceğini varsaydı.

Bu yaklaşım, önerilen "tıbbi-sosyal programın" ayrıntılarını özetlediği son bölümüne de yansımıştır. Bu programda, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, planlama faaliyetleri, ilaç üretimi ve fiyatlarının kontrolü, işçi sağlığı ve güvenliği politikaları, koruyucu tıbbı destekleyici önlemler ve hijyen programları da dahil olmak üzere yenilikler önermiştir.

Kırk yıl sonra, hastalıkların toplumsal kökenlerinin toplumsal çözümler gerektirdiği görüşü pek de şaşırtıcı değil. Ancak bu kavrama sözde önem verilmesine rağmen, sağlık hizmetleri analistleri sınırlı bir reformculukla yetinmiş, daha temel yapısal değişikliklerin gerekli olmasına rağmen, siyasi aktörler olarak erişimlerinin ötesinde olduğunu savunmuşlardır.

Allende, kendisinden önce gelen Engels ve Virchow gibi, hastalıkların temel kökenlerini toplumun yapısında görmüştür. Bu vizyon, siyasi aktivizm olmadan tıbbi müdahalenin etkisiz ve derin bir anlamda yanlış yönlendirilmiş kalacağı anlamına geliyordu.

YAKINLAŞMA, AYRIŞMA

Hastalığın toplumsal kökenlerine duyarlılık, 19. yüzyılın ortalarında çeşitli yönlerden ortaya çıkmış ve son zamanlarda daha da derinleşmiştir. Ancak bu alanda Engels, Virchow ve Allende'nin yaşamları ve eserleri dönüm noktası olmuştur. Onların farklı analizleri, bu sorunlara tarihsel bir derinlik kazandırmış, ne yazık ki sonraki nesiller bunları unutmuş ve daha sonra yeniden keşfetmiştir.

Engels'in erken kapitalizmin neden olduğu hastalık ve ölüme olan ilgisinin kaynakları biraz belirsiz kalsa da, *İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu* adlı eserindeki derin gözlemler, onu gözden kaçmış bir klasik haline getirmiştir. Engels, daha sonraki birçok kitabında geliştirdiği bilime olan ilgisini sürdürmüştür, ancak diğer kuramsal kaygılarının genişliği ve siyasi aktivizminin yoğunluğu onu öncelikli odak noktası olarak tıbbi konulardan uzaklaştırmıştır.

Virchow'un tıpta toplumsal etiyoloji üzerine yaptığı erken çalışmalar, gençlik dönemindeki siyasi radikalizmiyle birleşmiştir. Bu iki odak noktası da daha sonra, kısmen batı Avrupa entelektüel yaşamının gerici ortamı ve kısmen de Virchow'un önde gelen akademik konumunu riske atma konusundaki isteksizliği nedeniyle önemini yitirdi.

Daha sonraki bir tarihsel dönemde ve emperyalizm ve az gelişmişliğin çok farklı bağlamında çalışan Allende, solcu bir siyasi lider haline gelirken tıp eğitimi aldı. Hastalığın toplumsal kökenlerini değiştirme konusundaki kararlılığı, kariyerinin ilerleyen dönemlerinde de devam etti. Sağlık politikasını genellikle daha geniş sosyal politikaya tabi kılması, en zor tıbbi sorunların kökenlerinin sınıf yapısının yoksunluğunda ve kapitalist emperyalizmde yattığı görüşüyle tutarlıydı.

Birçok yönden örtüşseler de, bu bireylerin çığır açan çalışmaları önemli yönlerden de farklılaştı. Farklılıkları belki de benzerliklerinden daha fazlasını ortaya koydu.

Genel Temalar

Engels, Virchow ve Allende, hastalıkların toplumsal etiyolojisi konusunda farklı, ancak birbirini tamamlayıcı görüşlere sahipti. Bu farklılıklar, kuramsal yönelimdeki daha genel farklılıkları yansıtıyordu.

Engels için *ekonomik üretim birincil öneme sahipti*. Engels, çok erken dönem çalışmalarında bile, üretimin örgütlenmesini ve sürecini vurgulamıştı. Bu görüşe göre, hastalık ve vakitsiz ölüm, işçilerin işlerinde karşılaştıkları tozlara, kimyasallara, zaman baskısına, vücut duruşuna, görsel taleplere ve ilgili zorluklara maruz kalmaktan doğrudan kaynaklanıyordu.

Çevre kirliliği, kötü konut koşulları, alkolizm ve yetersiz beslenme de işçi sınıfının kötü sağlığına katkıda bulunuyordu, ancak genel olarak bu faktörler, esas olarak üretimin yapısal çelişkilerini yansıtıyor veya şiddetlendiriyordu. Hastalık üreten koşullara izin veren *temel çelişki, elbette, kâr ve güvenlik arasındaki çelişkiydi*.

Engels, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemek için iş örgütlenmesinde yapılacak değişikliklerin, maliyetleri artırarak genellikle kârı azaltacağını belirtmişti. Engels'in işçi sınıfındaki hastalık ve ölüm hızlarına ilişkin erken dönem analizleri, daha sonra kapitalist toplumun birçok sorunlu yönünü açıklamak için ekonomik üretimin önceliğine yaptığı vurgunun habercisi niteliğindeydi.

Virchow, *ekonomik üretimden çok, toplumsal kaynakların dağıtımındaki ve tüketimindeki eşitsizliklere odaklandı*. Virchow, Engels'in işçi sınıfının orantısız bir şekilde acı çektiği görüşünü paylaşıyordu. Ancak Virchow'un analizinde, hastalık ve vakitsiz ölümün başlıca kaynakları yoksulluk, işsizlik, yetersiz beslenme, kültürel ve eğitimsel eksiklikler, siyasi haklardan mahrum bırakılma, dilsel zorluklar, yetersiz sağlık tesisleri ve personel ve işçi sınıfını etkileyen benzer eksikliklerdi. Örneğin, kamu görevlilerinin gıdayı daha verimli dağıtarak salgınları önleyebileceğine inanıyordu. Bir kamu sağlık hizmetinin tıbbi bakımı daha erişilebilir hale getirmesi durumunda hastalık ve ölüm hızlarının iyileşeceğini savundu. Virchow, iş adamlarının kâr amacı güden uygulamalarını ve özel hekimlerin yüksek ücretlerini eleştirdi, ancak üretimin kendisinin hastalık üreten koşullarını vurgulamadı. Bunun yerine, toplumun ürünlerine eşitsiz erişimi toplumcu tıbbın temel sorunu olarak gördü.

Allende, sınıf yapısının etkileriyle de ilgilenmiş, ancak bunu esas olarak *az gelişmişlik ve emperyalizm bağlamında* ele almıştır. Şili gibi ülkelerde işçi sınıfının yaşadığı yoksunluklar, gelişmiş kapitalist ülkeler tarafından Üçüncü Dünya'nın sömürülmesini yansıtıyordu. Allende, düşük ücretleri, yetersiz beslenmeyi, kötü konut koşullarını ve ilgili sorunları doğrudan uluslararası emperyalizmin servet sömürüsüne bağlamıştır.

Üretimin kendisinin hastalığa neden olabileceğini kabul etmiş, ancak Engels'in aksine, meslek hastalıklarına fazla dikkat etmemiştir. Virchow'un analizinde olduğu gibi, işçi sınıfını harap eden mal ve hizmetlerin dağılımındaki eşitsizlikleri belgelemiştir. Öte yandan, Allende'nin görüşüne göre, hastalık ve ölümün en önemli toplumsal belirleyicisi ulusal az gelişmişlikti. Toplumun bir bütün olarak ekonomik ilerlemesi, tıbbi bakımda ve bireysel sağlıkta anlamlı iyileşmeler için en önemli ön koşuldu.

Farklı tarihsel dönemlerde ve birbirinden farklı (ancak tam olarak gelişmemiş) kuramsal yaklaşımlarla yazan Engels, Virchow ve Allende, hastalıkların toplumsal nedenlerine dair birbirini tamamlayıcı açıklamalar sunmuşlardır. Ekonomik üretimin doğası, dağıtım eşitsizlikleri ve az gelişmişlik, başlıca nedensel faktörler arasında yer almış ve bu üç analistin bakış açıları birbirini dengelemiştir.

Katkıları çok-faktörlü nedensellik çerçevesini de paylaşmıştır. Bu yazılar, bireyi etkileyen çoklu sosyal yapılar ve süreçler vizyonunu aktarmıştır. Hastalık, enfeksiyon etkeninin veya patofizyolojik bozukluğun doğrudan bir sonucu değildi. Bunun yerine, yetersiz beslenme, ekonomik güvencesizlik, mesleki riskler, kötü konut koşulları ve siyasi güç eksikliği gibi çeşitli sorunlar, hastalığa ve ölüme yönelik altta yatan bir yatkınlık yaratmıştır.

Bu yazarlar vurguladıkları belirli faktörlerde farklılık gösterse de, her biri hastalığı toplumsal gerçekliğin karmaşıklığına derinden gömülü olarak görmüştür. Geniş toplumsal koşulların bireysel hastalığı etkilediği ölçüde, kendini bireysel düzeyle sınırlayan terapötik müdahale hem naif, hem de sonuçsuzdu. Çok-faktörlü etiyoloji, toplumsal değişimi bir terapi olarak ima ederken, bu değişim de tıbbi uygulamayı siyasi uygulamayla ilişkilendirir.

Toplumcu tıbbın bu erken dönem çalışmalarındaki bir diğer ortak nokta ise diyalektik maddecilikti. Marx ve Engels, 1840'ların ortalarına kadar bu analitik yöntemi henüz tam olarak geliştirmemişlerdi. Öte yandan Engels, Hegelci idealizmi eleştirirken diyalektik değişim ilkesini de öne sürerek, zamanın "genç Hegelcileri" arasında yer alıyordu.

Engels'in İngiliz işçi sınıfının sağlık sorunlarına ilişkin açıklaması, maddeci yaklaşımın bir modeliydi. Hastalığa yol açan koşulların canlı sunumu, somut ve tarihsel olarak temellendirilmişti. Kâr ve güvenliği, yalnızca devrimci siyasi eylemle çözülebilecek kapitalist üretimin temel bir çelişkisi olarak karşı karşıya getirdi.

Hegelci felsefe, kendisini maddeci olarak gören ve biyolojik süreçleri analiz etmek için diyalektik çelişki başlığını kullanan Virchow'u da etkiledi. Diyalektiğin biyolojiye uygulanması her zaman başarılı olmasa da, bu kuramsal yönelim Virchow'un tıpta çok-faktörlü etiyoloji yorumuna rehberlik etti.

Virchow'un maddeciliği, kariyerinin başlarında hastalıkların spiritüalist açıklamalarına ve daha sonra 19. yüzyılda mikrop kuramına dayalı kolaycı tek-faktörlü açıklamalara karşı çıkmasına yol açtı. Virchow, fiziksel ve toplumsal çevredeki çok sayıda maddi faktörün hücresel ve organizma düzeylerinde patolojik bozukluklara yol açtığı yönünde oldukça tutarlı bir görüş benimsedi.

Allende, tıp öğrenciliği yıllarında diyalektik maddecilik yöntemini açıkça benimsedi. Hastalık ve ölüm hızlarını artıran çeşitli koşulların analizinde ücretler, yiyecek ve barınmaya vurgu yaptı. Buna ek olarak, emperyalizm ve az gelişmişliğin diyalektiğini, Üçüncü Dünya'nın "tıbbi-sosyal gerçekliğini" etkileyen temel bir çelişki olarak ortaya koydu. Allende'nin belirttiği gibi, bu analiz, etkili tıbbi bakımın nihayetinde uluslar içindeki sınıf çatışmasını ve emperyalizme karşı mücadeleyi gerektirdiği sonucuna götürdü.

Engels, Virchow ve Allende, tıp bilim insanları ve uygulayıcılarının aktivist rolü konusunda şaşırtıcı bir fikir birliğine vardılar.

Engels, İngiliz işçi sınıfı üzerine yaptığı çalışmada, liberal hekimlerin sağlık koşulları hakkındaki yayınlanmış açıklamalarına sık sık atıfta bulundu. Tıp mesleğini işçi sınıfı topluluklarında uygulama yapmaktan kaçındığı için eleştirse de, bu taahhüdü yerine getiren bireysel doktorları övdü. Öte yandan, sağlık uygulayıcılarının müdahaleleriyle sağlık koşullarının işçi sınıfının genel eylemine kıyasla önemli ölçüde iyileşeceğine dair çok az umut gördü.

Virchow, daha sonra laboratuvar bilim insanının bir örneği olarak ün kazanmasına rağmen, bilim insanının siyasete tutkuyla katılımını savundu. Kendi katılımı yıllar geçtikçe daha az radikal hale geldi, ancak sivil faaliyetlerine neredeyse ölümüne kadar devam etti. Ona göre, bilim ve toplumsal sorunlar birbirlerini faydalı bir şekilde etkileyebilirdi. Bilim insanları sadece çözümlere katkıda bulunmakla kalmaz, aynı zamanda toplumsal sorunlar da değerli araştırma alanları önerebilirdi. Bağımsız veya saf araştırmalara şüpheyle yaklaşan Virchow, tıbbi araştırma ve uygulamanın coğrafya, etnik köken ve sınıf yapısı engellerini aşacak bir kamu sağlık hizmeti içinde düzgün bir şekilde gerçekleştirilmesi gerektiğini savundu.

Engels gibi Allende de tıbbi konular üzerine yaptığı araştırmayı siyasi bir gündemin parçası olarak üstlendi. Engels kitabını kısmen propaganda etkisi için yazarken, Allende klasik analizini esas olarak seçilmiş ilerici bir hükumet için bir planlama belgesi olarak tasarladı. Allende için, tıbbi ve toplumsal sorunların ayrılmazlığı, sağlık reformunu adil bir topluma doğru mücadelenin bir aşaması olarak gören ömür boyu süren bir aktivizmi gerektiriyordu.

Engels, Virchow ve Allende'nin yayınlanmış çalışmaları bir araya getirildiğinde, günümüzde bu alanda çalışan analistlerin ve aktivistlerin birçok endişesini önceden tahmin eden bir sosyal epidemiyoloji ve sağlık politikası anlayışı sağladı. Bu üç yazar, hastalıkların toplumsal kökenlerini büyük bir derinlikle belgeledi. Sosyal sınıf yoksunlukları, hastalık ve vakitsiz ölüm nedenleri olarak ayrıntılı bir şekilde ele alındı.

Engels, mesleki ve çevresel sağlık sorunlarına dair erken bir değerlendirme sundu. Allende'nin kitabı, az gelişmişlik ve emperyalizmin sağlık üzerindeki etkilerine dair çığır açan bir analiz sundu. Hem Engels hem de Allende, bebek ve perinatal ölüm hızlarının toplumsal ilişkilerinin yanı sıra alkolizm ve diğer bağımlılıkların toplumsal sefalet içindeki kökenlerini belgeledi.

Her üç yazar da yoksulluk, yetersiz beslenme ve enfeksiyon arasındaki karmaşık nedensel ilişkileri izledi. Günümüzde, bu konulara olan ilginin arttığı bir dönemde, bu önemli katkıları göz ardı eden bir unutkanlık pek haklı görünmüyor.

Sağlık politikasına tarihsel bağlamdan kopuk yaklaşımlar da sonuçsuz kalmaktadır. Engels ve Virchow'un sağlık hizmeti tesislerinin ve personelinin dengesiz dağılımına ilişkin algıları, bir asır önce olduğu gibi ABD ve diğer birçok ülke için de geçerliliğini korumaktadır.

Engels ve Allende'nin ilaç üreticilerinin hastalıkları sömürmesini kınamaları ve bu tür işletmelerin kamu mülkiyetine geçirilmesi çağrıları da aynı derecede günceldir. Üç analist de biraz farklı şekillerde, sınıf ayrımı gözetmeksizin tıbbi bakım sağlayacak, dengesiz dağılımı düzeltecek ve uygulayıcıların ve ilaç ve tıbbi malzeme üreten firmaların karlarını sınırlayacak bir kamu sağlık hizmetini savundular. Bu tür politika alternatiflerini engelleyen engeller, eskiden olduğu gibi şimdi de esas olarak kapitalist sınıftan ve özel tıp mesleğinden kaynaklanmaktadır. Hastalığı besleyen toplumsal koşullardan fayda sağlayanlar, bu koşullardaki temel değişikliklere karşı çıkmaktadır. Bu politika ikilemlerinin tarihsel sürekliliği, ne kadar üzücü olsa da, öğreticidir.

Siyasi Strateji

Politika alanı, bir başka önemli farklılığı ortaya koymaktadır. Engels, Virchow ve Allende, hedefledikleri politikaları gerçekleştirmek için gereken siyasi stratejiler konusunda farklı görüşlere sahiptiler. Ayrıca, bu politikaların etkili olacağı toplum konusunda da farklı vizyonları vardı. Hastalığın toplumsal kökenlerine ilişkin açıklamaları birçok açıdan örtüşse de, hastalığa yol açan koşulların nasıl değiştirileceği sorusu oldukça farklı stratejik analizler ortaya çıkardı.

Engels'in erken dönem çalışmalarında bile stratejisi *reform değil, devrimdi*. Hastalık ve vakitsiz ölüme neden olan mesleki ve çevresel koşulların belgelenmesi, bu sorunların sınırlı bir şekilde reform edilmesini amaçlamıyordu. Bunun yerine, daha önce belirtildiği gibi, verilerinin en azından kısmen propaganda olarak hizmet etmesini amaçlıyordu. Amaç, işçi sınıfı arasında siyasi örgütlenme için bir odak noktası sağlamaktı.

Engels tanımladığı koşullarda belirli değişiklikler savunmadı. Örneğin, konut, hijyen, iş güvenliği, sağlık personelinin yanlış dağılımı ve uyuşturucu kullanımının yaygınlaştırılması gibi eksiklikleri ayrıntılı olarak ele alırken, bu alanların hiçbirinde açıkça reform arayışında değildi. Ara sıra önerdiği alternatifler, örneğin bir kamu sağlık hizmetinin yüzeysel taslakları, her zaman devrim sonrası bir toplumda daha etkili bir sistemin nasıl görünebileceğine dair spekülasyonlardı.

İşçi sınıfının yaşamındaki birçok yoksunluk, her bir alanda sınırlı iyileştirmelerden ziyade, tüm toplumsal düzende temel bir değişiklik gerektiriyordu. Engels'in daha sonraki yazıları, kapitalizm bağlamında reform konusunda bazen daha esnek bir duruş sergiledi. Ancak, *İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu* adlı eserin tamamlayıcı parçası açıkça *Komünist Manifesto* idi. Engels'in sağlık sorunlarına ilişkin analizinin stratejik sonuçları, Birinci Enternasyonal'in başlıca örgütleyicilerinden biri olarak rolüyle örtüşüyordu. Bu bakış açısından, sağlık hizmetlerindeki reformculuk, kapitalist toplumda yapılan diğer parça parça düzenlemeler kadar anlamsızdı.

Virchow'un stratejik yaklaşımı oldukça farklıydı. 1840'ların sonlarındaki ajitasyona katılmış olmasına ve iktidardaki çevrelerin yalnızca barışçıl meydan okumalara yanıt olarak gerekli değişikliklere izin vereceğinden şüphe duymasına rağmen, nihayetinde *devrim yerine reformu tercih etti*. Yukarı Silezya tifüs salgınında tanık olduğu koşullar korkunç olsa da, bir dizi reformun sorunu düzeltebileceğine inanıyordu.

Savunduğu reformlar tıbbın ötesine geçerek rasyonelleştirilmiş gıda dağıtımını, eğitim sisteminde değişiklikleri, siyasi hakları ve sosyal yapı düzeyindeki diğer değişiklikleri içeriyordu. Ayrıca sağlık hizmetlerinde gerekli olan sistematik reformlara geniş bir bakış açısıyla yaklaştı. Örneğin, yeterli bir sağlık sistemi, kamu sağlık hizmetini gerektiriyordu. Bu hizmette, sağlık emekçileri devletin emekçileri olarak görev yapacak ve sınıf, coğrafi ve etnik çizgiler boyunca eşitsizliği düzeltmek için hareket edeceklerdi.

Virchow genel bir siyasi hedef olarak, monarşinin ve soyluların gücünü azaltacak Anayasal bir demokrasiyi savundu. Sosyalizmin ilkelerini, özellikle de kamu mülkiyeti ve sağlık ve sosyal yardım tesislerinin rasyonel örgütlenmesini içeren özelliklerini destekledi. Virchow bununla birlikte esas olarak, güçlü bir devlet aygıtı olmadan adil bir toplumun mümkün olduğu yönündeki naif görüşü nedeniyle komünizme karşı çıktı. Virchow, kapitalist toplum içindeki sınırlı reformların hem uygun hem de arzu edilir olduğuna ve bunların etkili olacağına kesin olarak inanıyordu. Hayatının ilerleyen dönemlerinde, stratejik düşüncesinin reformist yönü daha da belirginleşti.

Allende'nin siyasi strateji anlayışı, Engels veya Virchow'unkinden daha karmaşık ve farklıydı. *La Realidad Medico-Social Chilena* adlı eserinde, Şili işçi sınıfının sağlık sorunlarının toplumun sınıf yapısında, az gelişmişliğin yoksunluklarında ve kapitalist emperyalizmin sömürücü uluslararası ilişkilerinde içsel olduğunu açıkça belirtti. Bu yapısal sorunlarda temel bir değişiklik yapılmadığı takdirde, sınırlı tıbbi reformun faydasız olacağını savundu.

Allende'ye göre, *devrimci toplumsal değişim* gerekliydi. Ancak devrimci stratejisi *barışçıl yol* stratejisi olarak kaldı. Allende, yaşamı boyunca ilerici güçlerin, Anayasal demokrasi çerçevesinde bir dizi barışçıl eylem yoluyla toplumun sosyalist bir dönüşümünü gerçekleştirebileceğine inandı. Kendisi ve çalışma arkadaşları bu görüşü, önceki sosyalist stratejistlerin, diğer devrim örneklerinin ve en önemlisi Şili'nin somut tarihsel ve maddi gerçekliğinin ayrıntılı bir analizinin sofistike bir okumasına dayandırdılar.

Bu bakış açısıyla, sağlıkla ilgili en önemli reformlar tıbbın ötesine geçiyordu. Allende, konut, beslenme, istihdam ve sınıf baskısının diğer somut tezahürlerinde temel iyileştirmeler yapılmasını savundu. Bu reformlar, hastalık ve ölüm oranlarının azalmasının ön koşullarıydı. Bunlar olmadan sağlık hizmetlerindeki değişiklikler başarılı olamazdı. Öte yandan, kamu sağlık hizmeti ve millileştirilmiş ilaç ve ekipman endüstrisi de dahil olmak üzere tıp sistemindeki yapısal reformlar, sosyalist bir topluma giden yolda arzu edilen hedeflerdi.

Allende, sosyalizme giden barışçıl yolda, mülksüzleştirilmek üzere olan ulusal ve uluslararası grupların şiddetli öfkesini doğru bir şekilde öngörememişti. Reform ve devrimci alternatifler arasındaki denge, stratejik planlamada hayati ve henüz tam olarak çözülmemiş bir sorun olmaya devam etmektedir. Şili'nin trajedisi, Allende'nin stratejik düşüncesinin, sağlık sektöründe olduğu gibi sosyal yaşamın diğer alanlarındaki önemini azaltmaz.

SONUÇ

Hastalığın toplumsal kökenleri gizemli değildir. Ancak, Engels'in analizinin ilk ortaya çıkışından 135 yıl sonra, bu sorunlar araştırma veya siyasi uygulamada dikkat çekici derecede az ilgi görmüştür. Endüstriyel hijyen, kapitalist sistemin yapısını olduğu gibi kabul etme eğiliminde olmuştur. Yakın zamana kadar, işçi sağlığı ve güvenliği alanındaki faaliyetler, verimli ve kârlı bir işgücü sağlayacak müdahalelere odaklanmıştır.

Öte yandan, tıp sosyolojisi genellikle etiyolojinin tıbbi modelini benimsemiş veya yalnızca biraz değiştirmiştir. Bu modelde, toplumsal koşullar duyarlılığı artırabilir veya hastalığı şiddetlendirebilir, ancak mikrobiyal ajanlar veya normal fizyolojinin bozulması gibi birincil nedenler değildirler. Araştırma, hastalığın toplumsal yapısal nedenlerini açıklığa kavuşturmadığı için, hem tıp içinde hem de dışında siyasi strateji, toplumdaki hastalığın kökenlerine nadiren değinmiştir.

Engels, Virchow ve Allende'yi rahatsız eden toplumsal patolojiler bugün de varlığını sürdürüyor (32-33). Sınıf eşitsizlikleri, işçilerin sömürülmesi ve kapitalist üretim koşulları, eskiden olduğu gibi bugün de hastalığa neden oluyor. Benzer şekilde, kârın kısıtlamaları ve kişisel ekonomik güvence için toplumsal sorumluluğun olmaması, kademeli reformları bile hala engelliyor.

Mevcut ve gelecekteki araştırmalar, kısmen dünya kapitalizminin derinleşen krizinden kaynaklanan toplumsal yapı ile hastalık arasındaki bağlantıları ve kâr ile sağlık arasındaki çelişkileri açıklığa kavuşturmayı vaat ediyor. Bu hastalık kökenlerinin anlaşılması, anlamlı çözümler için gerekli olan yeniden yapılanmanın kapsamını da ortaya koyuyor.

Howard Waitzkin
International Journal of Health Services, Volume 11, Number 1: 77 – 103. 1981

DİPNOT

1. Aksi belirtilmedikçe, çevirileri orijinal Almanca veya İspanyolca metinlerden hazırladım.

KAYNAKLAR

1. Engels, F. Briefe aus dem Wuppertal. In Werke, by K. Marx and F. Engels, v. 1, pp. 41 3-432. Dietz Verlag, Berlin, 1961.
2. Kupisch, K. Von Pietismus zum Kommunismus: Zur Jugendentwicklung von Friedrich Engels. Lettner-Verlag, Berlin, 1965.
3. Mayer, G. Friedrich Engels: Eine Biographie. Kiepenheuer & Witsch, Cologne, 1932.
4. Henderson, W. 0. The Life of Friedrich Engels. Frank Cass, London, 1976.
5. Ulrich, H. Der Junge Engels. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin, 1961.
6. Engels, F. Zwischen 18 und 25: Jugendbriefe von Friedrich Engels. Dietz Verlag, Berlin, 1965.
7. Machackove, V. Der Junge Engels und die Literatur. Dietz Verlag, Berlin, 1961.
8. Marcus, S. Engels, Munchester, and the Working Class. Vintage, New York, 1974.
9. Lafargue, P. Personliche Erinnerungen an Friedrich Engels. In Erinnerungen an Marx und Engels, p. 477. Dietz Verlag, Berlin, 1965.
10. Engels, F. The Conditions of the Working Class in England. Progress Publishers, Moscow, 1973.
11. Engels, F. Herr Eugen mhring's Revolution in Science (Anti-Diihring). International, New York, 1878.
12. Engels, F. Dialectics of Nature. International, New York, 1940.
13. Virchow, R. Cellular Pathology. De Witt, New York, 1860.
14. Virchow, R. Briefe an Seine Eltern. Engelmann, Leipzig, 1907.
15. Virchow, R. Ueber den Hungertyphus und einige venvandte Krankheitsformen. Hirschwald, Berlin, 1868.
16. Virchow, R. Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der Offentlichen Medicin und der Seuchenlehre. Hirschwald, Berlin, 1879.
17. Virchow, R. Werk und Wirkung. Rütten & Loening, Berlin, 1957.
18. Marx, K., and Engels, F. Gesamtausgabe. Marx-Engels-Verlag, Berlin, 1931.
19. Boenheim, F. Einleitung. In Werk und Wirkung, by R. Virchow, pp. 7-31. Riitten & Loening, Berlin, 1957.
20. Deppe, H.-U. Rudolf Virchows Kampf um die Preussische Verfassung. Blatter fiir deutsche und internationale Politik 13: 961-974,1968.
21. Deppe, H.-U., and Regus, M. Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Suhrkamp Verlag, Frankfort am Main, 1975.
22. Virchow, R. Disease, Life and Man. Translated by L. J. Rather. Stanford University Press, Stanford, 1958.

23. Ackerknecht, E. H. Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist. University of Wisconsin Press, Madison, 1953.
24. Debray, R. The Chilean Revolution: Conversations with Allende. Vintage, New York, 1971.
25. North American Congress on Latin America. New Chile. Waller Press, Berkeley, 1972.
26. Allende, S., and Vizcarra, J. La Estructuracibn de la Salubridad Nacional. Santiago, 1935.
27. Allende, S. La Realidad Medico-Social Chilena. Ministerio de Salubridad, Prevision y Asistencia Social, Santiago, 1939.
28. Chile Departamento de Planificacih. Biografia del Rresidente Allende. Departamento de Impresos, Santiago, 1972.
29. Waitzkin, H., and Modell, H. Medicine, socialism, and totalitarianism: Lessons from Chile. N. Engl. J.Med. 291: 171-177, 1974.
30. Modell, H., and Waitzkin, H. Medicine and socialism in Chile. Berkeley Journal of Sociology 19: 1-35, 1974.
31. Modell, H., and Waitzkin, H. Socialism and health care in Chile. Monthly Review 27: 29-40, May 1975.
32. Waitzkin, H. A Marxist view of medical care. Ann. Intern. Med. 89: 264-278,1978.
33. Waitzkin, H., and Waterman, B. The Exploitation of Illness in Olpitalist Society. Bobbs- Merrill, Indianapolis, 1974.

BİLİM, TIP ve SAĞLIK

Tarihsel süreçte insanların hastalıkları algılayış ve kavrayışı çeşitli aşamalardan geçmiştir. Hastalıkların *ontolojik* kavranışı, hastalıkları vücudun belli organ veya yapılarına saldıran dışsal bir olgu olarak görürken, *fizyolojik* kavrayış, hastalıkları doğa güçleri arasındaki bir dengesizlik olarak (günümüz terminolojisiyle bireyin çevresine uyumu / uyumsuzluğu olarak) ele almıştır. Her iki kavrayış tıbbı yüzyıllarca etkilemiş ve çeşitli dönemlerde bunlardan biri diğerine galebe çalmıştır.

Hipokrat döneminde yaygın olarak kabul gören *humoral* etiyolojik kuramlar, bireysel bazda sporadik olguları açıklamakta "başarılı" iken, aynı anda çok sayıda insanı etkileyen salgınları açıklayamamaktadır. Salgın hastalıkları açıklayabilmek için humoral etiyolojik kuramlar ile ontolojik yaklaşımları uzlaştırma çabası içine giren Yunanlılar, bataklıklardan veya çürüyen organik maddelerden çıkan zehirli maddelerin (dışsal etken) havayı kirlettiğini ve bu kirli atmosfere maruz kalan insanların da hastalandıklarını öne sürmüşlerdir (*miyazma kuramı*).

Bu kuramın güçlü yanı, gerçekten de hastalıkların böyle olumsuz çevre koşullarında, daha temiz ortamlara göre daha yaygın görülmesi ampirik bilgisiyle desteklenmesi ve akla yatkın görünmesidir. Ancak kuramın yumuşak karnı, aynı olumsuz çevreye maruz kalanlar insanlardan bir kısmı hastalanırken, diğerlerinin hastalanmamaları gerçeğidir. Bu sorunu çözebilmek için miyazma tezi, bazı *ahlaki* ögelerle desteklenmeye çalışılmıştır.

Dönemin ahlaki yargılarına göre *aşırıya kaçanların* bedenlerinin hastalıklara daha duyarlı hale geldiği öne sürülmüştür (bu düşünce tarzı İngiltere'deki Viktorya dönemi sanitaryen reform hareketinin de mantığını oluşturur).

Birinci Uluslararası Sanitasyon Konferansı

Günümüzde grip (influenza) salgınlarıyla kendilerini sık sık anımsatan salgın hastalıklar, tarih boyunca insanların en önemli sağlık sorunlarından biri olmuştur. Dünya haritaları üzerindeki siyasi sınırları tanımayan ve kısa sürede çok sayıda insanı etkileyen bulaşıcı hastalıklar, bu hastalıkların pençesine düşenler için sağlık sorunu boyutuyla yaşanırken, kapitalistler daha çok sorunun *ticari ve ekonomik hatta güvenlik yönleriyle* ilgilidir.

Sanayi kentlerinde patlak verdiklerinde üretimin sekteye uğramasına neden olan salgınlar, yayılmalarının önlenmesi için alınan karantina tedbirleriyle de ticaretin aksamasına yol açmaktadırlar. Ondokuzuncu yüzyılda çeşitli ülkelerin uyguladığı farklı karantina tedbirleri nedeniyle zarara uğrayan ticaret burjuvazisi, Avrupa'da sermaye hükumetlerini bu sorunun çözümü için zorlamakta, karantina uygulamalarına standartlar getirilmesini ve ticarete en az zarar verecek şekilde yeniden düzenlenmesini talep etmektedir.

1829 Asya kolerası, salgınlar konusunda uluslararası çabaların yoğunlaşması için itici güç olurken, Fransa bu girişimlere öncülük etmiştir. Bir dizi başarısız girişimden sonra ilk *Uluslararası Sanitasyon Konferansı* 1851 yılında Fransa'da toplanmıştır. 11 Avrupa ülkesi ve Osmanlı İmparatorluğu'nun biri hekim ve biri diplomat iki delege ile temsil edildiği konferans, hastalıkların etiyolojisine ilişkin farklı düşüncelerin çatışmasına sahne olmuştur.

Delegeler veba ve sarı hummanın bir şekilde hastalardan sağlıklı bireylere bulaştığı konusunda uzlaşmakta, fakat kolera etiyolojisi konusunda farklı fikirler savunmaktadırlar. İngiliz hekimlere göre karantina tedbirlerinin kolera üzerine bir etkinliği yoktur. Onlara göre kolera hastadan sağlama bulaşmamakta, belli atmosferik, iklimsel, topraksal koşullara maruz kalan insanlar eşzamanlı olarak hastalanmaktadırlar.

Fransızlar kamuoyunu tatmin etmek amacıyla koleraya karşı karantina tedbirleri aldıklarını, ancak aslında koleraya karşı tedbir almanın olanaksız olduğunu, bir hayal olduğunu ve hatta bazı durumlarda tehlikeli olduğunu belirtmektedirler. Buna karşı tarihsel olarak karantina uygulamasına beşiklik eden İtalya koleraya karşı karantina tedbirlerini savunmaktadır ve İspanya ile Yunanistan da desteklemektedir.

Konferansın en ilginç çıkışı Portekiz'den gelmiştir. Portekiz konferansın düzenlenme amacının aksine, koleraya karşı karantina tedbiri alıp almamanın ülkelerin tercihine bırakılmasını ancak süresinin kısaltılmasını önermiştir.

Konferansa katılan ülkeler arasında kolera konusunda en acı deneyimleri yaşayan Rusya ise kararsızdır. Rus delege 1829 – 1832 salgınında sıkı karantina tedbirleri aldıkları halde salgından 290 bin kişinin etkilenmesi üzerine ülkesinde karantina tedbirlerinin gözden düştüğünü, fakat 1846 – 1849 salgınında tedbir alınmayınca 880 bin kişinin salgından etkilendiğini ve bu nedenle hastalığın, hastalardan sağlıklılara bulaştığını düşünmeye başladıklarını belirtmiştir.

Tartışmalar bu noktaya geldiğinde Avusturya delegesi hükumetinin tezini kabul ettirebilmek için *tanrının* yardımına başvurmak zorunda kalmıştır. Delege veba ile kolera arasındaki en büyük farkın, vebanın toplumun her kesimi için tehdit oluşturmasına karşın, koleranın toplumun *ahlaken yozlaşmış alt tabakalarını* etkilemesi olduğunu ve koleraya karşı en iyi silahın *inancın güçlendirilmesi* olduğunu savunur. Tanrı bu felaketi insanlığı ortadan kaldırmak için değil, cezalandırmak ve doğru yola getirmek için göndermektedir. Bu tanrısal felakete karşı karantina anlamsızdır.

Sonunda oylama yapılır ve oylamaya katılan 23 delegeden onbeşi karantina lehine, dördü aleyhine oy verir ve dört delege çekimser kalır. Konferansta koleraya karşı karantina tedbirleri alınması kabul edilmiş ancak ülkeler bu karara rağmen eski uygulamalarını sürdürmeye devam etmişlerdir.

1821 – 1867 Arasında Antikontagionizm

Yukarıdaki satırları okuyan biri, tıbbın artık bu karanlık günleri geride bıraktığını, günümüzde bu tür durumlarla (SARS, Domuz Gribi vs) daha bilimsel bir tutum alındığını düşünebilir. Kuşkusuz günümüzde kimse böyle bir toplantıda bir hastalığın *tanrı* tarafından yoldan çıkanları cezalandırmak için gönderildiğini savunmaya cesaret edemez, fakat günümüzde salgınlara karşı önerilen tedbirlerin ne kadar bilimsel olduğu oldukça tartışmalıdır.

Günümüze gelmeden önce yukarıdaki sürece başka bir mercekten bakan Erwin Ackerknecht'in neler gördüğüne bakmakta yarar vardır. 1947 yılında Wisconsin Üniversitesi Tıp Tarihi kürsü başkanı Dr. Erwin Ackerknecht'in *Amerikan Tıp Tarihi Birliği*'nin yıllık toplantısında verdiği konferans (*Garrison Lecture*) ertesi yıl 1821 – 1867 arasında *Antikontagionizm* başlığı ile Tıp Tarihi Bülteni'nde yayınlanmıştır.

Konuşmasında 1800'lere kadar hastalıkların etiyolojisine ilişkin Hipokrat'tan (MÖ. 460 – MÖ. 370) beri 2.200 yıldır revaçta olan miyazma, atmosfer ve çevre üzerine inşa edilmiş antikontagionist kuramların, 1870'lerden sonra mikrop kuramının dayanaklarını oluşturan Pasteur ve Koch'un buluşlarının ortaya çıkmasından 20 – 30 yıl önce, hekimlerin çoğu tarafından terk edildiği ve hekimlerin kontagionist (bulaş) kuramları benimsediğini ifade etmiştir.

Ackerknecht konuşmasında, bu yıllarda bütün dünyada hastalıkların etiyolojisine ilişkin tıbbi bilgi düzeyinin aynı olmasına karşın, ulus devletlerin neden bulaşıcı hastalıkları kontrol ve sınırlandırma çabalarında farklı stratejiler izlediğini tartışmıştır. Örneğin 1800 – 1850 arasında Almanya bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesinde devletin ciddi müdahalesini gerektiren karantina ve insan hareketliliğini kısıtlama yöntemlerini seçerken, İngiltere karantina yerine esas olarak merkezi devletin göreli olarak çok daha az müdahil olduğu ve daha çok belediyelerce yürütülen çevre sağlığı hizmetleri ve hijyen kampanyalarına bel bağlamıştır.

Ackerknecht farklı ülkelerden hekimlerin aslında birbirlerine çok yakın bir eğitim almış olmalarına karşın benzer sorunlar karşısında farklı tutumlar almalarının nedenini, hekimlerin hastalıkların etiyolojisine ilişkin inanışlarının esas olarak *sosyo-ekonomik konumlarına* ve *ülkelerindeki düzene karşı duruşlarına* dayandığı teziyle açıklamıştır:

> “Salgın hastalıkların etiyolojisine ilişkin kontagionist ve antikontagionist açıklamalardan henüz birinin diğerine açık bir üstünlüğü olmadığı 19. yüzyıl ortalarında, bir hekimin bunlardan birini seçmesi, yalnızca sınıfsal konumuyla ilişkili ideolojik eğilimi ve küçük bir ölçüde de kişisel duyarlılıkları ile açıklanabilir”.

Devletin toplumsal yaşama müdahalesinin çok sınırlı olması gerektiğini savunan liberal hekimler, karantina uygulamasını despotik bir müdahale olarak görürken, bu düşüncelerini hastalıkların çevre kirliliği ve kötü hijyen nedeniyle yayıldığı şeklindeki antikontagionist kuramlarla desteklemişlerdir. Salgın hastalıklar nedeniyle karantina tedbirleri alıp bireylerin hareket (kuşkusuz ticaret) özgürlüklerini sınırlandırmak yerine, bu hastalıkların görüldüğü yerlerde çevre sağlığı ve hijyen tedbirleri alınarak sorunun üstesinden gelinebileceğini savunmuşlardır.

Bu dönemde liberal hükumetlerin işbaşında olduğu ülkelerde antikontagionist kuramlar hakimdir. 19. yüzyılda halk sağlığına egemen olan görüş, hastalıkların kaynağının olumsuz hijyenik koşullar olduğu şeklindedir ve hijyenistler hastalıklarla bu olumsuz koşulları gidermeye çalışarak (temiz su şebekeleri, kanalizasyon sistemleri, genel çevresel ve kişisel temizlik vs) mücadele etmektedir. Özellikle 18. yüzyıldan itibaren birçok Avrupa ülkesinde uygulamaya konan hijyen tedbirlerinin elde ettiği başarı kendi inanışlarını güçlendirmekte ve hastalıkların canlı bulaş etkenleri ile oluştuğu ve yayıldığı düşüncesi hijyenistlere saçma görünmektedir.

Bunun başlıca nedeni bulaşın hasta – kurban arasındaki göreli yakın temasla olabileceği inanışıdır ve bu kavrayış, o dönemlerde bir anda patlak veren ve yüzbinlerce insanı etkileyen, ülkeler hatta kıtalar arasında dolaşan salgınları açıklamaya yetmemektedir. Oysa salgınların genellikle bölge veya ülkenin hijyenik şartları en kötü olan bölgelerinde patlak vermesi ve buradan yayılmaya başlaması, miyazma kuramlarını desteklemektedir. Bu nedenle bulaş kuramını savunanların hastalıkların yayılmasını önlemek için önerdikleri karantina tedbirleri hijyenistler tarafından benimsenmemektedir.

Hijyenistler bulaş kuramını hiçbir zaman akılcı bir açıklama sağlayamayan eski bir kuram olarak görmektedirler. Bulaş kuramına karşı olmak, modası geçmiş otoritelerin (kilise) ortaçağ mistisizmine karşı olmak, spekülasyona karşı gözlem ve araştırmadan yana olmaktır.

Ackerknecht'e göre bulaş kuramı yalnızca kuramsal, hatta tıbbi bir sorun olmanın ötesinde bir şeydir ve karantina ile sıkı sıkıya bağlantılıdır. Karantina uygulaması hızla büyüyen tüccarlar ve

kapitalistler için kaynak kaybı ve genişleme sınırı anlamına gelmektedir ve bu sınıflar gelişimleri önünde engel olan bu feodal uygulamayı daha fazla tolere etmek istememektedirler.

Ticaret ve girişim önündeki her türlü devlet engelini kaldırma veya en azından sınırlama, devlet müdahalesini asgariye indirme olarak özetlenebilecek liberal düşünce, karantina gibi sonuçta tüccar ve kapitalistlerin özgürlüklerini devletin doğrudan kısıtladığı uygulamalara kaynaklık eden bulaş kuramları karşısındaki bulaş karşıtı hastalık etiyolojisi kuramlarına yatkındır. Bu nedenle bulaş-karşıtları yalnızca "bilimsellik" değil aynı zamanda birey ve ticaretin despotizm ve gericiliğin zincirlerine karşı mücadelesini temsil eden "reformculuk" ile güdülenmektedir.

Toplumsal yaşamın devlet denetimi altında sürmesi gerektiğini düşünen muhafazakar, militarist ve bürokrat hekimler ise karantina tedbirlerini bireysel özgürlükleri sınırlandırmasına karşın, devletin toplumun güvenliği için alması gereken bir tedbir olarak görmüşler ve bunu hastalıkların bulaş yoluyla yayıldığı şeklindeki kontagionist kuramlarla rasyonelleştirmişlerdir. Bu dönemde muhafazakar-militarist hükumetlerin işbaşında olduğu ülkelerde kontagionist kuramlar hakimdir.

Kuşkusuz pratikte bu kuramları benimseyenlerin yukarıdaki gibi "keskin" sınırlarla ayrıldıkları söylenemez. Özellikle konu tekil hastalıklar bazında ele alındığında bazı durumlarda olay ve olgular antikontagionist kuramla açıklanmaya daha uygunken, diğerleri kontagionist kuramla açıklanmaya daha yatkındır. Bu kategoriler genel eğilimleri belirlemektedir. Yoksa tarihte pek çok örnekte görüldüğü gibi bazen günde yüzlerce kişinin yaşamını yitirdiği salgınlarla mücadelede her iki kuramın öngördüğü tedbirler (hijyen ve karantina) birlikte alınmıştır.

1850'lerde ise yukarıdaki tablo değişmeye başlamıştır. Bu değişimin ana nedeni kısa sürede bütün Avrupa'yı saran 1848 ayaklanmalarıdır. Bu ayaklanmalar karşısında bütün Avrupa ülkelerinde liberal hükumetler yerlerini ayaklanmaları şiddetle bastırmaktan yana olan muhafazakar-militarist hükumetlere bırakmış, liberal burjuva atmosfer dağılmıştır.

Bu ortamda 1851 yılında 11 Avrupa ülkesi tarafından düzenlenen ilk Uluslararası Hijyen Konferansı'nda hekimlerin çoğu, Pasteur ve Koch'un buluşlarından 20 – 30 yıl önce, hastalıkların etiyolojisine ilişkin kontagionist kuramlar lehine hiçbir yeni bilimsel katkı olmamasına karşın, antikontagionist kuramları bir kenara bırakmış ve kolera, sarı humma ve tifüs gibi hastalıklara karşı Avrupa çapında karantina ve izolasyon tedbirleri alınmasını benimsemişlerdir.

Kuşkusuz hastalıkların etiyolojisine ilişkin yargıların (hatta belki önyargıların) önemi, bu yargıların hastalıklara karşı alınacak tedbirleri belirlemelerinden ileri gelmektedir. Bu anlamda hastalıkların etiyolojisine ilişkin kontagionist veya antikontagionist kuramlar, bu hastalıklardan korunma ve hastalıkların yayılmasının önlenmesine yönelik farklı stratejiler önermektedirler.

Hipokrat'ın *Hava, Su ve Toprak Üzerine* eserinde öne sürdüğü gibi, hastalıkların bu ortamlardaki kirlilikten kaynaklandığına inanıldığında (miyazma veya antikontagionist kuram), sorunun çözümü hijyenden (kanalizasyon sistemleri, caddelerin temizliği, barınak hijyeni vs) geçerken; hastalıkların esas olarak bulaş yoluyla yayıldığına inanıldığında (kontagionist kuram), çözüm bu bulaşın kesilmesi için insanların birbirleriyle temasına kısıtlamalar getirmek (karantina ve izolasyon) olmaktadır.

Aşıların ve antibiyotiklerin bulunması ve yeni nesillerinin geliştirilmesi çabaları ardındaki güdü de, hastalıkların etiyolojisinin bulaş ve mikrop kuramlarıyla açıklanmasıdır. Sorunun kaynağı mikrop ise, çözüm de bu mikrobun yok edilmesi veya etkisiz hale getirilmesi olacaktır.

Bunlar Tarihte mi Kaldı? Bugün Durum Farklı mı?

Baretto'ya göre enfeksiyon hastalıklarının hortladığı veya yeniden ortaya çıktığı günümüzde tıp dünyasının bu sorunlara yanıtı çelişkilerle doludur. Örneğin SARS (Şiddetli İvegen Solunumsal Sendrom) ortaya çıktığında tıp dünyası kontagionist paradigma çerçevesinde hızla etiyolojik ajanı tanımlama çabası içine girmiş ve ajan tanımlanır tanımlanmaz, bu ajana karşı etkili ilaç ve koruyucu aşı geliştirme arayışlarına hız verilmiştir.

Oysa hastalığa ilişkin önlemler ülke bazında bu ülkelerin politik rejimlerine göre farklılıklar göstermiştir. Bireysel ve toplumsal hakların öne çıktığı daha az otoriter rejimler antikontagionist kuramla uyumlu olan el yıkama ve kişisel hijyen başta olmak üzere hijyenik tedbirlere öncelik verirken, rejimin otoriterlik dozu ile doğru orantılı olarak kontagionist kuramla uyumlu bireysel ve toplumsal özgürlükleri kısıtlayıcı tedbirler öne çıkmıştır.

Akif Akalın
Toplumcu Tıbba Giriş: Toplumcu Tıp Ders Notları. İstanbul: Yazılama. 2013. S: 110 – 118.

KAYNAKLAR

Ackercknecth EH. (2009[1948]). Anticontagionism between 1821 and 1867. International Journal of Epidemiology, 38(1): 7 – 21.

Barreto ML. (2003). Science, policy, politics, a complex and unequal world and the emerging of a new infectious disease. Journal of Epidemiology and Community Health, 57: 644–645.

Howard-Jones N. (1975). The scientific background of the International Sanitary Conferences. WHO: History of International Public Health. No: 1.

Stern AM ve Markel H. (2009). Commentary: Disease etiology and political ideology: revisiting Erwin H Ackerknecht's Classic 1948 Essay, 'Anticontagionism between 1821 and 1867'. International Journal of Epidemiology, 38(1): 31 – 3.

İLACA TOPLUMCU YAKLAŞIM

Tıpta ve sağlık alanında geçtiğimiz 30 yıl içinde sözcüğün tam anlamıyla "akıl almaz" değişimler yaşandı. Sağlıkçılar veya sağlık hizmetlerinden yararlanan insanlar olarak hepimiz bu değişimlerden etkilendik. Ancak süreç 30 yıl gibi göreli geniş bir zamana yayıldığından ve yine sözcüğün tam anlamıyla "adım adım" gerçekleştiğinden, ısınan sudaki kurbağa gibi bu alandaki gelişmelere gereken tepkileri veremedik.

Aramızdan biri 30 yıl önce uyutulmuş olsaydı ve bugün uyandırılsaydı, bizim çoktan alıştığımız birçok şey karşısında dehşete düşerdi. Örneğin rahatsızlığı nedeniyle bir hekime başvuran "hastaya", 30 yıl önce "müşteri" gözüyle bakılacak olsaydı, gerçekten çok yadırganırdı. Oysa bugün hastaların "müşteri" oldukları Yargıtay kararı ile tescillendi.

Hekimler tarihin hiçbir döneminde hastalarını "müşteri" olarak tanımlamadılar ve onları her zaman tıbbi bilgi ve becerileriyle sağlık sorunlarını çözmekte yardımcı olacakları insanlar olarak gördüler. Neredeyse aldığımız soluğu dahi alınır – satılır bir mal haline getiren kapitalizm dahi, çok uzun yıllar sağlığı metalaştırmayı başaramadı. Sağlık hakkının gerçek savunucuları işçiler ve emekçiler sosyalizmden uzaklaşana, sosyalist ülkeler çözülene kadar...

1990'larda sağlığı savunacak toplumsal güçlerin geriletilmesi veya geri çekilmesiyle birlikte sağlık, Dünya Bankası uzmanlarının ve neoliberal ideolojinin uygulayıcılarının eline kaldı. Sağlık alanını sermayenin sınırsız sömürüsüne açmak yönündeki çabalar arttırıldı ve sağlık hizmetleri bir yandan özelleştirilirken, bir yandan piyasalaştırıldı. Zaman zaman sağlığın piyasa kurallarına terk edilmesinin gelecekte telafisi mümkün olmayan sonuçlara neden olacağı yönünde gelen itirazlara rağmen "Sağlıkta Dönüşüm Programları" hükumetlerin önde gelen öncelikleri arasına girdi.

Bugün Türkiye bu sürecin son derece kritik bir aşamasına ulaşmış bulunuyor: hastaların müşterileştirilmesi. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 2014/30305 E., 2014/35473 K., T: 13.11.2014 sayılı Kararı ile Türkiye'de hastaların "müşteri" haline getirilmelerinin hukuksal dayanağını

oluşturuldu. Artık Türkiye'de hastalar resmen ve hukuken birer "müşteri" veya sağlık hizmeti "tüketicisi" olarak tanımlanmaktadır:

> "…6502 sayılı yasanın (Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun) 3. Maddesi doğrultusunda 28.05.2014 tarihinde yürürlüğe giren yasanın 3-L maddesinde vekalet akdinden kaynaklanan uyuşmazlıklarda tüketici yasasının uygulanması gerekmekte olup, bu nedenle vekalet ilişkisinden doğan uyuşmazlığında tüketici mahkemesinde görülmesi zorunludur".

Yasalar hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi bir "vekalet" ilişkisi olarak tanımlamaktadır. Hasta, kendisini hiç bilgisinin olmadığı bir alanda hekimine teslim eder. Bu noktadan itibaren hastasının yararını gözetmek tamamen hekimin sorumluluğudur. Hastası için en iyisine, en doğrusuna karar verecek olan hekimdir. Bu özünde bir "güven" ilişkisidir. Bu güven hastanın hekimine duyduğu "kişisel" bir güvenin ötesinde, "mesleğe" duyulan bir güvendir. Bunun da güvencesi deontoloji olarak adlandırılan mesleki ahlak kuralları olup, hekimlerin meslek örgütleri tarafından gözetilir. İşte Yargıtay verdiği kararla bu vekalet ilişkisinde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıkların çözümünde hastaları birer "tüketici" olarak görüyor ve onları tüketici mahkemelerine yönlendiriyor.

Hasta müşteri olursa, ilaç ne olur?

Sağlığın piyasa mekanizmalarına terk edilmesinin en somut sonuçları, tedavi hizmetlerinin en önemli unsurlarından biri olan ilaç alanında kendisini gösterdi. İlaçta "gereksinime" dayalı yaklaşım, yerini "pazara" dayalı bir yaklaşıma bıraktı.

Tarih boyunca ilaç üretiminin belirleyicisi "gereksinim" olmuştur. Önce tıp bir sağlık sorunu tanımlamış, daha sonra bu sorunun giderilmesine yardımcı olacak ilaçların arayışına girilmiştir. Toplumun hangi ilaçlara gereksinimi olduğu hekimler, epidemiyologlar, farmakologlar, halk sağlıkçılar gibi uzmanların ve hastaların görüşleri alınarak bilimsel yöntemlerle belirlenmiş ve buna karşılık gelen bir üretim yapılmıştır. Tarih, önce bir ilaç üretilip, daha sonra bu ilaç için hastalık veya "pazar" aranmasına ilk kez geçtiğimiz 30 yılda tanık olmuştur.

Bugün ilaç şirketleri üretimlerini planlarken "toplumun" değil, "şirketin" gereksinimlerini dikkate almaktadırlar. Esas olarak toplumun "karşılanmamış" gereksinimlerinin karşılanması hedeflenmektedir. Bu durum ilaç harcamalarının, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların beşte birini oluşturacak kadar büyümesine yol açmıştır. İlaç harcamalarındaki bu artış, birbirleriyle

bağlantılı iki sürecin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır: tıpsallaştırma (medicalisation) ve ilaca yöneltme (pharmaceuticalisation).

Tıpsallaştırma çok yönlü bir kavramdır ve birçok yazar tarafından farklı yönleriyle ele alınmıştır. Zola tıpsallaştırmayı bir toplumsal kontrol aracı olarak görürken, Foucault modern tıbbı yaratan toplumsal dönüşümlerin sonucu olarak görmektedir. Conrad'ın tıpsallaştırmaya yaklaşımı oldukça işlevsel olduğundan, en yaygın kabul gören yaklaşımdır.

Conrad "*Toplumun Tıpsallaştırılması*" başlıklı kitabında tıpsallaştırmayı, tıbbi olmayan sorunların genellikle tıbbi sorunlar olarak tanımlanması ve ele alınması olarak tanımlamaktadır. Sorun tıbbi bakımdan tanımlanmakta, tıbbi dil kullanılarak betimlenmekte, tıbbi bir çerçeve içinde anlaşılmakta ve tıbbi müdahaleyle "tedavi" edilmektedir. Örneğin, insan gelişiminin normal bir parçası olarak kabul edilen doğum, ergenlik, yaşlılık, cinsellik, menopoz gibi birçok alan tıpsallaştırılmıştır.

Birçok yazarın "*hastalık tacirliği*" olarak adlandırdığı bu tıpsallaştırma sürecinde ilaç şirketleri, insanları hasta olduklarına ve tıbbi müdahaleye gereksinim duyduklarına ikna ederek pazarlarını genişletmektedir. Tedavi pazarı bir yanda normal durumların "hastalık" kapsamına sokulması, diğer yanda mevcut hastalıkların tanımlarının genişletilerek örneğin yüksek kolesterol gibi risk etmenlerinin sanki hastalıkmış gibi değerlendirilmesiyle genişletilmektedir.

Bireylerin tıpsallaştırma yoluyla tedavi gereksinimleri olduğuna ikna edilmesinden sonra, tedavileri için ilaç kullanmaya yönlendirilmelerine "ilaca yöneltme" denilmektedir. Williams ve arkadaşları ilaca yöneltmeyi, insani koşulları, kapasiteleri ve potansiyelleri farmakolojik müdahaleler için fırsatlara dönüştürmek olarak tanımlamaktadır. İlaç şirketleri hastalıkların tedavi protokolleri ve devletin ödeme politikaları üzerinde etkili olarak istedikleri ilaçların tedavi protokollerine girmesini ve sosyal güvenlik kurumlarının bunu kabul etmesini sağlamaktadırlar. Aynı zamanda ilaca talebi kamçılamak üzere "eğitim" adı altında hekimlere ve hastalara yönelik "bilinçlendirme" kampanyaları düzenlemektedirler.

Normal olarak örneğin yüksek tansiyon sorunu olmayan birinin ilaç şirketinin reklamına bakarak bir tansiyon ilacı satın almayacağı veya bir hekimin yüksek tansiyon sorunu olmayan bir hastasına bu ilaçları reçete etmeyeceği düşünülür. Oysa tıbbi bilgi zincirinin tıp eğitiminden araştırmaların finansmanına, bilimsel yayınların basılmasından tedavi protokolleri oluşturulmasına kadar bütün

halkaları üzerinde etkili olan ilaç şirketleri, hekimleri ilaçlarını yazmaları gerektiğine "bilimsel" bir kisve altında ikna etmektedir.

Türkmen'e göre ilaç endüstrisinin desteklediği bilimsel araştırma sonuçları, "kanıta dayalı tıp" uygulamasının veri tabanını oluşturmakta; ilaç tedavisi gerektiren sınır değerler düşürülerek ilaca bağımlı insan sayısı arttırılmakta; sağlıklı yaşam paranoyası yaratılarak kışkırtılan hasta istekleri, performans kaygısıyla çalışmaya zorlanan hekimlerin tıbbi kararlarını etkilemektedir.

Diğer yandan "tüketicilere doğrudan reklam" döneminin başlamasıyla birlikte hissettikleri rahatsızlıklar için hangi ilacı satın alabileceklerini internet üzerinden araştırmaya başlayan insan sayısı artmış ve bu alanda da önemli bir pazar oluşmuştur.

Pazar nasıl genişletilir?

Birkaç yıl önce Amerika Birleşik Devletleri'nde büyük tartışmalar yaratan bir kitap yayınlandı: "*Overdiagnosed*". Dilimize "*Aşırı Teşhis*" başlığıyla çevrilen bu kitapta Welch ve arkadaşları çağdaş bir şarlatanlık olarak "aşırı teşhise" dikkat çekmektedirler. Yazarlara göre hekimler geleneksel olarak, yalnızca hastalık belirtileri gösterenlere tanı koyar ve tedavi ederken, yirminci yüzyılın sonlarına doğru büyük bir paradigma değişimi yaşanmış ve henüz hastalık belirtileri göstermeyen insanları da "tedavi" etmeye başlamışlardır.

Bu değişime yol açan gelişmenin öyküsü oldukça ilginçtir: Tansiyonu yüksek hastalarda ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu hekimler değil, Amerikan sigorta şirketleri keşfetmiş ve tansiyonu yüksek olan müşterilerine yaşam sigortası yapmamaya başlamışlardır. Bunun üzerine tansiyonu yüksek olan fakat hiçbir yakınması veya hastalık belirtisi olmayanların "tedavi" edilmesinin faydası olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırma sonucu yüksek tansiyon için "tedavi edilen" vakalarda, tedavi edilmeyenlere göre daha sonraki yıllarda inme, kalp yetmezliği, kalp krizi gibi olayların çok daha az geliştiği bulunmuştur.

Bu araştırmanın sonuçları açıklandıktan sonra hekimler, yüksek tansiyonlu hastalarını bir yakınmaları olmasa da tedavi altına almaya başlamış ve birçoğunu "vakitsiz ölümden" kurtarmışlardır. Ancak burada çok önemli bir ayrıntı vardır: Tedavi sadece diyastolik (küçük) tansiyonu 115 mmHg üzerinde olanlarda ciddi bir fayda sağlarken, 90 – 100 mmHg arası olanlarda bir fayda sağlamamaktadır. Welch ve arkadaşları tedaviden fayda görmeyecek bu grup insanların

tedavi altına alınmasını “aşırı teşhis” olarak tanımlamaktadır. Dahası, bu gruptaki insanlar “tedaviden” fayda görmemelerinden öte, “zarar” görebilmektedir ve bu durum başta diyabet, yüksek kolesterol ve osteoporoz olmak üzere birçok durum için aynıdır. Bu noktada kimlere tedavi uygulanacağının veya diğer bir deyişle “tedavi eşiğinin” belirlenmesi büyük önem kazanmaktadır.

Tedavi eşiğinin belirlenmesi noktasında karşımıza “uzman” kuruluşlar çıkmaktadır. Kendi alanlarında otorite olan uzmanlardan oluşan bu kuruluşlar, bilimsel araştırmaların sonuçlarını değerlendirerek hastalıklar için tedavi eşikleri belirlemektedir. Bu kuruluşlar tarafından üretilen tedavi rehberleri hekimler için mesleklerini icra ederken kullandıkları temel referanslardır.

Welch ve arkadaşları çeşitli sağlık sorunlarına ilişkin tedavi eşiklerindeki değişikliklerin ne anlama geldiğini rakamsal olarak ortaya koymuşlardır. Kan şekeri düzeyi 140’ın üzerinde olanlar diyabet tedavisine alınırken, 1977 yılında bu eşik 126’ya düşürüldüğünde, o güne kadar kan şeker düzeyleri 126 – 140 arasında olup “hasta” kabul edilmeyen 1,6 milyon Amerikalı hasta olarak kabul edilip tedavi altına alınmaya başlamıştır. Hipertansiyon tedavisi için eşik 1997 yılında küçük (diyastolik) tansiyon için 100 mmHg’dan 90 mmHg’ya, büyük (sistolik) tansiyon için 160 mmHg’dan 140 mmHg’ya indirilerek, 13 milyon Amerikalı tansiyon ilaçları için müşteri haline getirilmiştir. Kolesterol için eşik 240’dan 200’e düşürüldüğünde ise ilaç şirketleri 42 milyon yeni Amerikalı müşteri kazanmışlardır.

Yazarlar ilaç şirketlerine bir anda yalnızca ABD’de milyonlarca müşteri kazandıran bu tedavi sınırlarını belirleyen uzmanların “bağımsızlığına” ilişkin geniş kaygılar olduğunu ifade etmektedir. Diyabet sınırını belirleyen kurulun başkanı, hepsi diyabet ilaçları üreten Aventis Eczacılık, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Novartis, Merck ve Pfizer firmalarının ücretli danışmanıdır. Son yüksek kan basıncı rehberlerinin on-bir yazarından dokuzu yüksek kan basıncı ilaçları üreten ilaç şirketlerine bir şekilde mali bakımdan bağlıdır. Kolesterol sınırını aşağıya çeken dokuz uzmandan sekizi, kolesterol ilaçları üreten ilaç firmalarının ücretli danışmanıdır.

Nasıl bu hale geldik?

İnsanın sağlık bilgisini önce içgüdüleriyle, daha sonra doğayı gözlem yoluyla edindiği ve kuşaktan kuşağa aktardığı düşünülmektedir. Belek ve arkadaşları ilkel komünal toplumda sağlık bilgisinin “ortaklaşa” niteliğinin altını çizmekte ve “herkes tarafından, herkes yararına ve herkes için” kullanıldığını belirtmektedirler. Toplumların sınıflara bölünmesiyle birlikte egemen sınıflar sağlık

bilgisi kullanımını “hizmetleştirerek”, kendi gereksinimlerine göre örgütlemişlerdir. Sağlık bilgisinin hizmetleşmesi, aynı zamanda metalaşmasına (alınır – satılır bir mal haline gelmesine) yol açmıştır.

Sağlık hizmeti yüzyıllarca hasta ve hekim arasında kalarak, kişisel tüketim amacıyla üretilmiştir. Tıbbın önde gelen sağlık sorunlarının (bulaşıcı hastalıklar) tedavisindeki rolünün artması, on dokuzuncu yüzyılda Pasteur’ün fermantasyon deneyleri ve Koch’un tüberkülozun mikrobiyolojik etkenini (Mycobacterium tuberculosis) ortaya koymasıyla mümkün olmuştur. Bu döneme kadar sağlığı yatırım yapılacak ve üzerinden kar elde edilebilecek bir alan olarak görmeyen sermaye, tıptaki bu gelişmelerle birlikte başta ilaç, tıbbi teknoloji ve sigortacılık olmak üzere çeşitli sektörlerde sağlık alanına girmeye ve sağlığı ve tıbbı kendi gereksinimlerine göre örgütlemeye başlamıştır.

Sermaye tıbbı ve sağlığı kendi gereksinimlerine göre örgütlemeye Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) büyük sermaye gruplarının desteğiyle 1910 yılında hazırlatılan Flexner raporuyla hekim eğitiminden başlayarak, aynı zamanda hekimlerin mesleki uygulamalarını da standartlaştırmıştır. Gelişmiş sanayi ülkelerinde büyük sermaye grupları ABD sermayesinin izinden giderken, geri bıraktırılmış ülkelere kapitalist tıp, sermaye grupları tarafından çoğu kez “hayırseverlik” kisvesi altında dayatılmıştır. Asya, Afrika ve Latin Amerika’ya “misyonerlik” etkinliklerinin bir parçası olarak götürülen sağlık hizmetleri, bu ülkelerde yaşayan insanların sağlık sorunlarını çözmekten çok, onların emperyalizme bağımlılıklarını pekiştirmekte bir araç olarak kullanılmıştır.

Bu dönemde Rusya’da 1917 devrimiyle sermaye egemenliğine son verilmesi ve toplumsal yaşamın toplumun gereksinimleri doğrultusunda örgütlenmeye başlamasıyla birlikte, dünyaya egemen olan kapitalist tıbbın karşısına “toplumcu” bir alternatif çıkmıştır. Sovyet hükumeti işbaşına geldiği günden itibaren ilk iş olarak sağlığı alınır-satılır bir mal olmaktan çıkartarak, yeniden toplumun hizmetine sunmuştur. Sağlığın sermaye için yatırım alanı olmaktan 8 çıkartılarak kamulaştırılmasıyla birlikte, toplumcu bir tıp ve sağlık anlayışı gelişmeye başlamış ve bu anlayış başta hekim eğitimi ve hekimlik uygulamalarında olmak üzere sağlığın bütün alanlarında kendisini göstermiştir.

Sermayenin sağlık üzerinden kazancını başta ilaç sektörü, tıbbi teknoloji endüstrisi ve sigorta şirketleri üzerinden elde etmesi, bir başka deyişle hastalıklar üzerinden kar sağlaması nedeniyle kapitalist tıp, sağlık hizmetleri içinde “tedavi hizmetlerine” ağırlık veren bir örgütlenmeyi (klinikler

ve hastanelere dayalı) tercih etmiştir. Sovyetler Birliği'nde ise amaç hastalıklar üzerinden kazanç sağlamak olmadığından, sağlık hizmetlerinde öncelik insanların hasta olmamaları için "önleyici hizmetlere" (işyeri ve okul hekimlikleri, birinci basamağa dayalı) verilmiştir.

Sovyetler Birliği kapitalist ülkelerden farklı olarak sağlık sorunlarının çözümünü daha çok hastane açmak, tıbbi teknolojiye daha fazla yatırım yapmak yerine, hastalıkların içinde oluştuğu ve geliştiği çalışma ve yaşam koşullarının (bugün bunlara sağlığın toplumsal belirleyicileri diyoruz) iyileştirilmesinde aramıştır. İnsanların çalışma, barınma, beslenme koşullarını iyileştirerek, erken çocukluk bakımını (kreşler ve anaokulları) insanların işyerlerine ve mahallelerine götürerek, eğitimi yaygınlaştırarak, önleyici sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık sorunlarını çözen toplumcu tıp, çok kısa bir süre içinde kapitalist tıp karşısında üstünlüğünü kanıtlamıştır.

İkinci Paylaşım Savaşı döneminde Sovyetler Birliği'ndeki toplumcu sağlık uygulamalarıyla tanışan "batı" toplumları, bu uygulamalardan çok etkilenmiş ve kendi ülkelerinde de aynı hizmetleri talep etmeye başlamışlardır. Kuzey British Columbia Üniversitesi Ekonomi Departmanı'ndan Jalil Safaei'ye göre gelişmiş sanayi ülkelerinde emekçilerin giderek radikalleşmesinin ve politik arenada ağırlığın radikal sol hareketlere kaymasının Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa ülkelerindekiler gibi bir devrime yol açabileceğinden ürken egemen sınıflar, bir devrimden korktukları için emekçilerin çalışma ve yaşam koşullarında önemli iyileştirmeler yapmak zorunda kalmışlardır. Safaei bu kapsamda gerçekleştirilen refah devleti veya sosyal güvenlik ağı uygulamalarının, bir anlamda kapitalist sanayi toplumlarında komünizm tehdidine karşı bir tür "sosyopolitik aşı" olarak hizmet ettiğini ifade etmektedir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'den Halk Sağlığı profesörü Gazanfer Aksakoğlu da, İkinci Paylaşım Savaşı sonunda İngiltere'de kurulan Ulusal Sağlık Sistemi'nin, İngiliz işçilerinin SSCB emekçilerini örnek alarak ayaklanmasını önlemeye dayalı genel strateji çerçevesinde, temel ilke olarak herkese eşit ve parasız sağlık hizmetini, yerinde sunmayı kararlaştırmasıyla, ülkede yaşayan tüm bireylere tam olarak parasız hizmet sağlamak üzere devreye girdiğini ifade etmektedir. Gerçekten de İngiltere'de kurulan Ulusal Sağlık Hizmeti (sosyalleştirme) sağlığı sermaye için kar alanı olmaktan çıkartmak yönünde önemli bir adımdır. İngiltere'den sonra başta Kanada ve Kuzey Avrupa ülkeleri olmak üzere bir dizi kapitalist ülkede önleyici hizmetlere ağırlık verilmeye başlanmış ve emekçilerin çalışma ve yaşam koşulları önemli ölçüde iyileştirilmiştir.

Bu yıllarda Türkiye'de de sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiş ve birinci basamağa dayalı bir sağlık sistemi örgütlenmeye çalışılmıştır. Ancak 12 Mart faşizmiyle kesintiye uğrayan sosyalleştirme çalışmaları, 1970'lerin ikinci yarısında CHP hükumetinin işbaşına gelişiyle yeniden canlansa da, 12 Eylül faşist darbesiyle önce içeriği boşaltılmış, daha sonra rafa kaldırılmıştır. Çok kısa bir süre için kuruluş amaçları doğrultusunda toplumcu bir sağlık hizmeti sunabilen Sağlık Ocakları'nda topluma "ücretsiz ilaç" hizmeti de sağlanmıştır.

Kapitalist tıbbın gerilediği ve toplumcu tıbbın yaygınlaşmaya başladığı bu süreç, 1970'li yıllarda kapitalist dünyada patlak veren petrol kriziyle başlayan ağır bunalım döneminde, sermayenin ABD'de Reagan ve İngiltere'de Thatcher'ı işbaşına getirerek sosyalizme karşı bir ölüm-dirim savaşına girmesiyle birlikte geri dönmeye başlamıştır. Sosyalizme karşı küresel ölçekte bir savaşa giren sermaye, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu bir dizi ülkede askeri-faşist diktatörlükleri işbaşına getirmiş, sosyalist ülkelerde karşı-devrimler tezgahlamış ve 1990'ların başında Sovyetler Birliği'nin çözülmesiyle birlikte zaferini ilan etmiştir.

Sosyalizme karşı savaşla eşzamanlı olarak neoliberal politikaları uygulamaya koyan sermaye, sağlık alanında toplumcu tıp uygulamalarına son vererek, tıbbı yeniden sermaye egemenliğine almıştır. Rakipsiz kalan kapitalist tıp, neoliberal politikalarla sağlığın hızla piyasalaştırılması ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sayesinde serpilerek, egemenliğini pekiştirmiştir. Neoliberal politikaların sağlık alanında uygulanmasıyla toplum sağlığında kamusal sorumluluk azaltılmış, sağlık hizmeti pazarı genişletilmiş, devlet tarafından finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri, sigortaya dayalı sağlık hizmetlerine dönüştürülmüş, tıbbi hizmetler özelleştirilmiş, hastalar müşterileştirilmiş, sağlıkta planlama piyasaya bırakılmış, bireyler kendi sağlıklarından sorumlu kılınmış ve sağlığın teşviki bireylerin davranışlarının değiştirilmesine indirgenmiştir.

Bu süreçte dikkat çeken bir olgu, biyomedikal ve genetik alanlarında yatırımların (hem kamuda, hem de özelde) arttırılması, tıbbi teknoloji ve ilaç sektörünün güçlendirilmesi olmuştur. Bu alana yapılan yatırımların vergilerle desteklenmesi, bir başka deyişle toplumun kaynaklarının tıbbi – sanayi komplekse aktarılması, bu alanlarda elde edilecek başarılarla sağlık sorunlarının çözüleceği şeklindeki ondokuzuncu yüzyıldan kalma "sihirli mermi" inancına dayanan biyomedikal yaklaşımla meşrulaştırılmıştır. İnsanlar tıbbi – sanayi kompleksin geliştireceği yeni teknolojiler ve ilaçlarla veya gen mühendisliğinin başarılarıyla sağlık sorunlarından kurtulacaklarına ve sağlıklı, uzun bir ömür yaşayacaklarına inandırılmışlardır.

Bir halk sağlığı sorunu olarak ilaç şirketleri

Sağlık sorunlarının çözümünde önemli bir yeri ve işlevi olan ilacın, kapitalist ilaç şirketlerinin elinde bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olması, ironi olmanın ötesinde bir trajedi haline gelmiştir. Günümüzde hastaları iyileştirmesi beklenen ilaçlar yüzünden milyonlarca insan sağlıklarını, kimileriyse yaşamlarını yitirmektedir. Kuşkusuz bunun suçlusu ilaç değil, ilacı kendi kar hırslarına alet eden kapitalist ilaç şirketleridir. İnsanların dertlerine deva olacak ilaçları birer zehir haline getirenler, insanların acı ve ıstıraplarını kendileri için bir kazanç kaynağına dönüştürmeye çalışanlardır.

İlaç sanayisindeki tekelleşme sürecini değerlendiren Yenen'e göre 1970'li yıllarda biyoloji ve teknolojideki gelişmeler, birçok sağlık sorununun biyolojik nedenlerinin açıklığa kavuşturulmasına ve birçok hastalık için tedavi edici etkisi olan moleküllerle, enfeksiyon hastalıklarından korunmayı sağlayan aşıların geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Bu sayede gelişen ilaç sanayisinde 1970'li yıllarda tekelleşme hızlanmıştır. ABD'de 1980'de çıkartılan Bayh-Doyle ve 1984'de çıkartılan Hatch-Waxman yasalarıyla üniversitelerin araştırmalarından elde ettikleri ve uygulamaya sokulabilecek (piyasa malı haline getirilebilecek) sonuçlar (ilaçlar) endüstrinin kullanımına (pazarlanarak kar elde edilmesine) devredilirken, markalı ilaçların patent süreleri uzatılarak tekelleşme hakları güçlendirilmiştir.

1990'larda Dünya Ticaret Örgütü çatısı altında geliştirilen Çok Taraflı Yatırım Anlaşmaları (MAI) ve Fikri Mülkiyet Hakkı Yasaları (TRIPs) aracılığıyla ticaret ilişkileri tekeller lehine yeniden düzenlenmiştir. Ancak 1990'ların sonları, 2000'lerin başlarından itibaren yeni kapitalist krizlerin de etkisiyle ilaç şirketlerinin karlarında gerilemeler başlamıştır. Dünya Bankası'nın belirlediği politikalarla sağlık ödemelerinde kamusal pay geriletilmiş, bireylerin sağlıklarıyla ilgili ödemeleri sadece pazarın yasalarına bağlanmıştır. Böylece satıcı, aracı bir güç olmaksızın doğrudan müşterilerine, sağlamlara, hastalara ve hekimlere ulaşma ve malını istediği gibi pazarlama olanaklarına kavuşmuştur. Bu dönem yıllık satışı 1 milyar USD ve üstünde olan çok satan ilaçların (blockbuster drugs) patent sürelerinin de art arda bitmeye başladığı dönemdir. Bu dönem aynı zamanda, mevcut teknolojiyle yeni ilaçların üretilememesi gibi bir sorunun ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu bağlamda genomiks, bilişim, kombinatoryal kimya ya da yüksek verimli tarama teknolojileri gibi yeni teknolojilerle de sonuç elde edilmesi zaman alacak gibi görünmektedir.

İlaç sanayisi için en büyük pazar ABD'dir ve satış gelirlerinin yaklaşık yarısı bu ülkeden sağlanmaktadır. Giderek, dünyadaki en büyük 10 ilaç tekelinin 6'sı bu ülkede yerleşiktir (Pfizer, Merck & Co., Johnson & Johnson, Bristol-Myers Squibb, Abbott ve Wyeth). Bunlara İngiltere'de yerleşik 2 (GlaxoSmithKline ve AstraZeneca), İsviçre'de bir (Novartis) ve Fransa'da bir (Aventis Sanofi) şirket eşlik etmektedir. Yine bu 10 şirket dünyadaki ilaç satış gelirlerinin yaklaşık yarısını almaktadır. Tekeller karlarını korumak için yeni stratejiler geliştirmişlerdir:

- çok satan ilaçlara ağırlık vermek
- hemen yanıt alınan ilaçlar (antibiyotikler, aşılar gibi) yerine sürekli kullanılacak olan ilaçlara ağırlık vermek
- varsıllar dünyasını da etkilemedikçe "yoksullar dünyasının" kullanacağı ilaçları ötelemek
- ilaçların patent sürelerini uzatmakta saldırgan davranmak
- fikri mülkiyet haklarını tüm dünyada yaygınlaştırmak
- denetimi arttıracak yasaların çıkmasını önlemek ya da etkilerini azaltmak için ABD Kongre'siyle çok yakın çalışmak
- satışları ve hisse değerlerini arttırmak için pazarlamaya ağırlık vermek ve tüketici talebini büyük ölçeklerde kışkırtmak için "tüketici eğitimi" zemininde doğrudan tüketiciye reklam yapmak
- yaşlanmanın bir sonucu olan kaçınılmaz değişiklikler için ilaç kullanmayı öne çıkarmak
- "yaşam tarzı hastalıkları" diye adlandırılan durumlara yoğunlaşmak (saç dökülmesi, şişmanlık, erektil disfonksiyon, irritabl bağırsak sendromu, irritabl erkek sendromu, acil üriner inkontinens, deride kırışıklık vb)
- var olan hastalıklarda ilaçların kullanımını arttırmak ve/veya varolan hastalıkların ciddiyetini abartmak; normal sosyal davranışların yerine "sosyal fobi", "kadın cinsel disfonksiyonu" gibi yeni hastalıklar icat etmek.

Artık endüstri onay süreçlerine doğrudan ya da dolaylı müdahil olabilmekte, hekimlik pratiğinde kullanılan klinik uygulama kılavuzlarının yazımına doğrudan katkıda bulunmakta, kullanıma girmiş ilaçların olumsuz etkilerini açığa çıkaran bilimsel yayınları baskılamakta, kendi finanse ettiği çalışmaları hayali yazarlara yazdırtmakta, dahası kamu sağlık harcamalarının hangi alanlara yapılacağına dair ekonomik analizlere doğrudan ya da dolaylı olarak katılmaktadır. İlaç tekelleri, kılavuzlar yanında birçok tıp kongresi ve eğitim toplantılarının doğrudan sponsoru olarak bu süreçlerin ideolojik şekillenmelerini sağlamaktadırlar. Dolayısıyla artık hekimler endüstrinin otorite nitelikli temsilcileri (ticari ajanları) konumuna gelmektedirler.

Bu gelişmeler giderek insanların sağlığını tehdit eder boyutlara ulaşmıştır. Kanadalı gazeteci Leigh Phillips "Büyük İlaç Şirketlerini Sosyalleştirin" başlıklı makalesinde, dünyanın en önemli özel ilaç şirketlerinin en büyük suçunun, ne yaptıkları değil, "ne yapmadıkları" olduğuna dikkat çekerek, bu firmaların, mikroplara ve enfeksiyonlara karşı süregelen mücadelede, düşmanın nesillerdir en acımasız saldırısını gerçekleştirmeye giriştiği en kritik zamanda insanları yalnız bıraktığını ifade etmiştir. Bu şirketlerin yaklaşık 30 yıldır antibiyotik araştırmalarını fiilen bıraktıklarını belirten Phillips, bu süreci ayrıntılı olarak irdelemiştir.

İlaç firmaları 1945 – 1968 yılları arasında 13 farklı antibiyotik ailesi üretmiş, fakat bu dönemden sonra sadece iki yeni antibiyotik ailesi kullanıma sunulmuş ve 1980'lere gelindiğinde, ilaç şirketleri öncelikli olarak antibiyotik geliştirmeye son vermişlerdir. Büyük ilaç firmalarının antibiyotikler alanından çekilme gerekçesi, yeni bir ilaç geliştirmenin yıllar alması ve yetkililerce onaylanan ajan başına 500 milyon ila 1 milyar dolar arasında maliyete neden olması ve dile getirmese de, antibiyotiklere yapılan yatırımın diğer tür ilaçlara göre çok daha düşük getirisinin olmasıdır. Milyonlarca insanın hayatlarının geri kalanında kullanmak zorunda olduğu, kalp hastalığı gibi kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlardan farklı olarak (bu ilaçlar iyileştirmez, yalnızca belirtileri baskılar), antibiyotikler genellikle birkaç hafta ya da en fazla bir aylık tedavi rejimlerinde uygulanır. Bu durum antibiyotikleri "kapitalizm için" cazip olmaktan çıkarmaktadır. Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği'nin 2008 yılında "seferberlik çağrısı" olarak yayınladığı bir makalede, "diğer ilaçlardan çok daha başarılı olan antibiyotiklerin, ilaç şirketleri ve girişimci kapitalistler için en az arzu edilir ilaçlar olduğu" ifade edilmiştir. Makale, ilaç geliştirmekte çıkarı güdüleyenin iyileştirici olma değil, tedavide uzun süre kullanılma olduğu sonucuna varmıştır.

Büyük ilaç firmalarının çoğu araştırma merkezlerini kapatmışlardır. 12 büyük küresel ilaç firmasının sadece 4'ü antibiyotik araştırmalarıyla ilgilenmektedir. Hükumetler sermaye gruplarının yeniden antibiyotik alanına dönmesi için ilaç şirketlerine "rüşvet" teklif etmektedir. ABD'de ilaç şirketlerine önerilen rüşvetler şunlardır:

- kritik olarak gereksinim duyulan ilaçlar için vergi indirimleri ve öncelikli antibiyotiklerin geliştirilmesi için bağışlar
- devlet tarafından önceden satın alma taahhütlerinin finanse edilmesi veya başka "pazarlar için söz verilmesi"
- şirketin kendi seçeceği diğer ürünler için "transfer edilebilir öncelikli değerlendirme belgesi" verilmesi

 Gıda ve İlaç İdaresi'nden (Gİİ) öncelikli bir antibiyotik için onay alma karşılığında Gİİ aracılığıyla işlerinin hızlandırılması hakkı

 gerçekten yenilikçi olarak kabul edilen yeni ilaçlar için 25 veya 30 yıl uzamış patent süresi veya pazar ayrıcalığı.

"Joker patent süresi uzatmaları", şirketlere ürettikleri başka bir ilaç için 6 aydan 2 yıla kadar patent süresini uzatma ödülü vermektedir. Phillips ilaç şirketlerine rüşvet önermek yerine, halk sağlığı için bir tehdit haline gelen özel ilaç sektörünün tamamen ortadan kaldırılması (kamulaştırılması) gerektiğini savunmaktadır.

Phillips, geçtiğimiz yıl içinde patlak veren ve binlerce insanın canını alması yanında küresel bir tehdit haline gelen Ebola salgınına ilişkin kaleme aldığı başka bir makalesinde, yine insanları enfeksiyon hastalıkları karşısında çaresiz bırakan ilaç şirketlerine dikkat çekmiştir. Yazara göre Ebola hastalığının 40 yıla yakın bir süredir biliniyor olmasına kaşın, büyük ilaç firmalarının bu konuda bir şey yapmamasının nedeni, Ebola için bir tedavi geliştirmenin maliyetinin yüksek, buna karşın tedaviden elde edilecek gelirin (karın) çok düşük olmasıdır (kapitalist üretim tarzının mantığı: kar yoksa üretim de yok).

Oysa geçen on yıl içinde Ebola tedavisine yönelik araştırmalarda muazzam ilerlemeler sağlanmıştır. Kamu sektörü veya kamudan büyük mali destek alan özel sektör şirketleri tarafından yapılan araştırmalarda nükleik asit tabanlı ürünler, antikor tedavileri ve bir dizi aşı (bunlardan beşi insan-dışı primatlarda başarıyla korunma sağlamış) geliştirilmiştir. Fakat 15 salgının nadir görülmesi (30 – 40 yılda bir) ve göreli olarak (örneğin hipertansiyonla kıyaslandığında) az sayıda insanı etkilemesi nedeniyle, büyük ilaç şirketleri için Ebola ile ilgilenmek "karlı" değildir. İnsanların yaşamları boyunca yalnızca enfeksiyona yakalandıklarında birkaç kez kullanacakları bir ilaç için 870 milyon dolar (sermaye maliyeti hesaba katıldığında 1.8 milyar dolar) yatırım yapmanın sermaye için hiçbir anlamı yoktur; bu para diyabet veya kanser gibi hastaların genellikle yaşamları boyunca her gün almak zorunda olduğu yüksek karlı ilaçların geliştirilmesine yatırıldığında daha fazla kazanç getirmektedir. Oysa ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezine göre, ABD'de her yıl iki milyon insan antibiyotiklere dirençli bakterilere maruz kalmakta ve bunlardan 23 bini yaşamını yitirmektedir.

Aynı durumu aşı geliştirme çalışmaları için de geçerlidir. İnsanların örneğin astım ilaçlarını veya insülini on yıllarca satın almak zorunda kalmasına karşın, aşıların bütün yaşam boyunca genellikle

yalnızca birkaç kez satın alınması gerekmektedir. Bu nedenle birçok ilaç şirketi on yıllardır yalnızca aşılar üzerine araştırma yapmayı terk etmemişler, aşı üretmeyi de bırakmışlardır. Bugün ABD'de birçok çocukluk çağı aşısının kıtlığı çekilmektedir.

Hekim – eczacı ilişkisinin bozulması

İlaçların alınır-satılır bir mal (meta) haline gelmesiyle birlikte ilaç üretiminin endüstri tarafından ortalama insan standartlarına göre yapılmaya başlanması geleneksel hekim – eczacı ilişkilerine son vermiş ve bu alanda sanayi ve ticaretin kurallarının hakim olmasına neden olmuştur. Ali Nihat Babaoğlu ilaç alanında kapitalizmin yasalarının nasıl işlediğine ilişkin verdiği bir örnekte, bir ilacın 5 – 10 ve 20 miligramlık tablet formunun bulunabileceğini, fakat bunlardan 5 miligramlık formun yeterinde "kar" bırakmaması nedeniyle eczanelerin bu formu ellerinde bulundurmakta gönülsüz olabileceklerini ifade etmektedir. Bu durumda hekimin bu ilacın 5 miligramlık formunu reçete ettiği bir hastaya, "ellerinde kalmadığı" veya "piyasada bulunmadığı" ifade edilebilmekte ve hasta hekim ilişkisine güvensizlik gölgesi düşürülebilmektedir. Yine yaygın görülen bir hastalığın tedavisi için bulunmuş, hekimler tarafından uzun yıllar kullanılmış, hekimlerin etki ve yan etkileri konusunda çok iyi bilgi sahibi 16 oldukları bir ilaç, sırf yeterli "kar bırakmadığı" için ilaç firmaları tarafından piyasadan çekilebilmekte ve bu ilacı yazmakta ısrar eden hekimler, hastalar gözünde modası geçmiş ilaçlar reçete eden "antika" hekimler konumuna düşebilmektedir.

Diğer yandan geçmişte bir ilacın tasarım aşamasından imalatına kadar araştırmalarla geçen 12 – 14 yıllık sürenin sermayenin talepleri doğrultusunda 4 – 5 yıla indirilmesi, hekimlerin bu süreçleri izleyebilmelerini güçleştirmiştir. Eskiden "piyasaya" sürülmeden önce "denekler" üzerinde denenen ilaçlar, günümüzde doğrudan "hastalar" üzerinde denenmektedir. Geçmişte bu çalışmalar büyük hastanelerde yapılırken, günümüzde çeşitli kıtalarda yer alan çok sayıda ülkedeki küçük hastanelere yayılmakta, böylece araştırmanın "bütünü" hekimlerin gözünden kaçırılmaktadır. Böylece araştırmanın "bütününe" yalnızca ilaç şirketi hakim olabilmekte ve hekimlere yalnızca kendi çıkarına uygun bilgileri verebilmektedir. Bu süreçlerde gizlenen olumsuz sonuçlar, ilaç "piyasaya" verildikten bir süre sonra kendisini gösterdiğinde ilaç "piyasadan" çekilmekte, fakat bu durum birçok yaşama mal olabilmektedir. Oysa tıbbi araştırmaların üç aşamada yürütülmesi gerekir. Birinci aşamada ilaçların etkileri "canlı dışı" ortamlarda gözlenmeli ve olumlu veriler elde edildiğinde ikinci aşamaya geçilerek hayvan deneyleri yapılmalıdır. Hayvan deneylerinden de olumlu sonuçlar alınması halinde klinik araştırmalar başlatılmalıdır.

Alternatif bir ilaç politikası

Günümüzde kapitalist tıp karşısında toplumcu alternatifin en önemli temsilcisi Küba'dır. Başta Venezuela olmak üzere sağlıkta toplumcu alternatifi benimseyen ve kendi ülkelerinde sağlığı kapitalizmin boyunduruğundan kurtarma çabası içinde olan bir dizi ülke de vardır. Küba'nın enternasyonalist dayanışma çerçevesinde yaptığı yardımlarla kendi sağlık sistemlerini kurma çabası içinde olan bu ülkelerde sağlık alanında oldukça başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Küba'nın sağlık sistemi Michael Moore'un Sicko isimli dokümanter filmiyle popüler olmuştur. Dünya'nın en zengin ülkesi olan ABD'de gereksindikleri sağlık hizmetlerine ve ilaçlara erişemeyen Amerikalılarla, gereksindikleri bütün sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak erişebilen Kübalıların durumumun karşılaştırıldığı bu dokümanterde, Kübalıların ilaçlara kamusal sübvansiyon sayesinde oldukça düşük fiyatlar karşılığında erişebildikleri gözlenmektedir.

1959 devriminden önce Küba ilaç endüstrisinin belkemiğini Pfizer, Squibb, Abbot ve Schering gibi çok uluslu şirketlerin denetimindeki özel sermaye grupları oluşturmaktadır. Neredeyse tümü ABD kökenli olan yabancı ilaç işletmeleri, pazarın yüzde 70'ini kontrol etmektedir. Küba'nın sayıları 110 kadar olan küçük "yerli" ilaç işletmeleri ise pazarda yüzde 30'luk bir paya sahiptir. Küba'nın yerli ilaç işletmelerinin bir kısmı "dürüst" bir üretim içindeyken, halkın "chiveros" olarak adlandırdığı seyyar satıcılar, toplum sağlığını tehdit eden bir faaliyet içindedir.

1959 devrimiyle önce ülkede faaliyet gösteren Kuzey Amerika kökenli ilaç şirketleri, daha sonra yerli ilaç sanayi kamulaştırılmıştır. Kendi "ulusal" ilaç sanayisini kuran Küba'da ülkenin ilaç gereksinimini karşılama sorumluluğu Kamu Sağlığı Bakanlığı'na devredilmiştir ve böylece Küba'da ilaç sanayisinin kamulaştırılması süreci 1965 yılında tamamlanmıştır. Kamulaştırılan şirketler arasından malzemeleri, tesisleri ve personeli bünyesinde toplayarak maliyetlerin düşmesini ve etkinliğin artmasını sağlayan 14 şirket seçilmiş ve diğer küçük şirketler bunlara bağlanmıştır.

1970 yılından itibaren bu alana yapılan yatırımlar (Küba'da GSMH'nın yüzde 15'i eğitim ve sağlığa harcanmaktadır), üretim hatlarının uyumlu hale getirilmesi amacıyla, üretim kapasitesinin tek merkezde toplanarak arttırılmasını, üretim süreçlerinin ve yöntemlerinin geliştirilmesini, bu yolla ulusal gereksinimlerin kendi başına en iyi şekilde karşılanmasını sağlamıştır.

Bu dönemde Küba'da ilaç sanayi, ülkede kendi kimya sanayisi bulunmadığından, temel hammaddeler için dışa (ithalata) bağımlı durumdadır. İlaç sanayi ülkede kullanılan binden fazla ilaçtan ancak 87'sini kendisi üretebilmektedir. Yerli ilaç sanayi için öz hammadde üretiminin kurulmasını öncelikli hedefleri arasına koyan Küba, biyoteknoloji alanına önemli yatırımlar yapmaktadır. Toplumun ilaç gereksinimlerinin "piyasaya" göre değil, bilimsel ölçütlere göre belirlendiği Küba'da, hiçbir zaman ilaç sıkıntısı yaşanmamakta, aksine Küba enternasyonalist dayanışma çerçevesinde dünyanın birçok ülkesine aşı ve ilaç yardımları yapabilmektedir.

Özetlemek gerekirse Küba'nın ilaç politikası üç sacayağı üzerine oturmaktadır: ilaç gereksinimlerinin bilimsel ölçütlere göre belirlenmesi, bu gereksinimlere karşılık gelen bir üretim ve ilaçların akılcı kullanımı.

1981 yılından itibaren Küba ilaç sanayi, biyoteknoloji alanında büyük atılımlar yapmaya başlamış ve interferon üretimine girişmiştir. Sadece gelişmiş kapitalist ülkelerin sahip olduğu bu teknolojiyi kendi olanaklarıyla geliştirmeyi başaran Küba, kanser tedavisinde kullanılabilecek ilaçların geliştirilmesi konusunda önemli adımlar atmıştır. Genetik manipülasyon yoluyla interferon üretmeyi başaran Küba, günümüzde dünyanın ikinci büyük interferon üreticisidir.

1986 yılında Küba'da Genetik ve Biyoteknoloji Merkezi kurulmuştur. Biyoteknoloji ve genetik manipülasyon arasında ulaşılan bilgi birikimi, yeni aşı ve ilaçlarının üretimini ve çok gelişmiş tanı sistemlerinin geliştirilmesine olanak vermiştir. Küba'da 1992 yılından beri bütün çocuklara aralarında Menenjit B ve C aşılarının da bulunduğu 13 aşı ile geniş bir bağışıklama programı uygulanmaktadır.

1990'larda Sovyetler Birliği'nin çözülmesiyle birlikte dünyada yalnızlaştırılmaya çalışılan Küba, ABD ambargosu yüzünden oldukça zor yıllar yaşamıştır. Kübalılar "Özel Dönem" olarak adlandırdıkları bu yıllarda, ABD ambargosu gıda ve ilaç ürünlerini de kapsadığından, Küba devrimden sonra ilk kez ciddi sağlık sorunlarıyla karşılaşmışlardır. Amerikan firmalarının yabancı ortaklarının Küba'yla ticaret yapmasını yasaklayan ve Küba limanlarına yanaşan ticaret gemilerinin, Küba'dan ayrıldıktan sonra 6 ay Amerikan pazarına girişini önleyen (daha sonra 1992 Küba Demokrasi Akdi ile sertleştirilen) ambargo nedeniyle bazı besin maddelerine ve tıbbi ürünlere ulaşmada sıkıntılar yaşanmıştır. Ancak küçük bir ülke olmasına karşı Küba, yürüttüğü sosyal tıp projelerinin sonucunda ülke olanaklarını geliştirerek yurt dışından elde edemediği ürünlerini kendi

üretir ve tıp teknolojisi alanında dünya ölçeğinde yenilikler yapan bir ülke olmayı başarmış durumdadır.

Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılında Afrika'nın menenjit salgını riski altında bulunduğunu açıklaması üzerine Küba ve Brezilya, tip B meningokok bakterisini etkili bir şekilde nötralize eden bir aşıdan 50 milyon doz üretebilecek bir kapasiteye sahip durumda olduğunu bildirdi. Kübalı bilim insanları aşıyı Havana'daki Finlay enstitüsünde geliştirdikten sonra, Brezilya, Küba ile ortak bir yatırımla 2007 yılında faaliyete geçen yüksek kapasiteli bir üretim tesisi kurmuş ve çok geçmeden geri bıraktırılmış ülkelerdeki salgın tehditlerini karşılama kapasitesine ulaşmışlardır.

Havana yakınlarındaki Küba Moleküler İmmünoloji Merkezi, aralarında Nimotuzumab'ın da bulunduğu kansere karşı ümit veren çok sayıda ilaç geliştirmiş durumdadır. Genetik Mühendisliği ve Biyoteknoloji Merkezi başka birçok başarısı yanında Hepatit B aşısını da üretmeyi başarmıştır. 2006 yılında 40 ülkeye üç ilaç satan Küba, 2007 yılında 180 ilaç ihraç etmiştir. Günümüzde Küba 1.200'ün üzerinde biyoteknoloji ürününe sahiptir ve 2008 yılında bu alanda 340 milyon ABD dolarını aşan bir dışsatım gerçekleştirmiştir.

Akif Akalın
Eczacılık Bu Değil: İlaç Hastaya "İlaç" mı? İçinde. (Editör: Yakup Ercan) İthaki, 2016

KAYNAKLAR

Akalın, MA. (2010). Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama.

Akalın, MA. (2012). Sosyalleştirmenin İdeolojisi. Ankara: TTB Yayınları (Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı – Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları – 2011 içinde, Sayfa: 19 – 27).

Akalın, MA. (2013). Toplumcu Tıbba Giriş. İstanbul: Yazılama.

Akgün, D. (2014). Kapitalizm Hasta Eder: Toplumcu Tıp. Ankara: Notabene.

Aksakoğlu, G. ve Giray, H. (2006). Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü. Toplum ve Hekim, 21: 335 – 343.

Applbaum, K. (2011). Sağlıkta küresel pazarlama: İlaç entrikaları. (Panitch L, Leys C. (Ed). Kapitalizmde Sağlık – Sağlıksızlık Semptomları. İstanbul: Yordam Kitap içinde S: 98 – 118).

Babaoğlu, AN. (2007). Yeni yeni hastalıklar nereden çıkıyor? Bilim ve Ütopya, 153(13): 9 – 14.

Belek, İ. ve ark. (1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. 2. Baskı. İstanbul: Sorun.

Belek, İ. (2002). Küba'da Sağlık, Sosyalizmin Başarısı. Nazım Kültürevi Kitaplığı.

Brouwer, S. (2012). Devrimci Doktorlar. Çev. Levent Aydeniz. Ankara: Notabene.

Chaufan, C. (2014). Unraveling the "Cuban miracle": A conversation with Dr. Enrique Beldarrain Chaple. Social Medicine, 8(2): 93 – 98.

Conrad, P. (2007). The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Cooper, RS., Kennelly, JF., Ordunez-Garcia, P. (2012). Health in Cuba. International Journal of Epidemiology, 25: 817 – 824. de

Camargo Jr, KR. (2013). Medicalization, pharmaceuticalization, and health imperialism. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(5): 844 – 846.

Duppen, DV. (2007). Küba'da ilaç politikası: Gereksinimlere dayalı bir planlama örneği. Çev: Efe Can Gürcan ve Cem İsmail Savaş. Bilim ve Ütopya, 153(13): 24 – 25.

Katırcıoğlu, SF. (2007). Bireysel hastalık salgınları. Bilim ve Ütopya, 153(13): 15 – 18.

Mooney, G. (2014). Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru. (Çev. Cem Terzi). İstanbul: Yordam.

Panitch, L. ve Leys C. (2011). Kapitalizmde Sağlık, Sağlıksızlık Semptomları. İstanbul: Yordam.

Phillips, L. (2013). Socialize Big Pharma. Jacobin Magazine, 29.06.2013.

Phillips, L. (2014). The Political Economy of Ebola. Jacobin Magazine. 13.08.2014.

Safaei, J. (2014). Social policy as social vaccine. Social Medicine, 8(1): 11 – 22.

Sezgin, D. (2011). Tıbbileştirilen Yaşam Bireysel Yaşam. İstanbul: Ayrıntı.

‘t Hoen, E. (2002). TRIPS, pharmaceutical patents, and access to essential medicines: a long way from Seattle to Doha. Chicago Journal of International Law, 3(1): 27 – 46.

Türkmen, HÖ. (2014). Hekim-Hasta İlişkisinde Haklar ve Sorumluluklar. Toraks Cerrahisi Bülteni, 5(1): 1 – 13.

Welch, G., Schwartz, LM., Woloshin, S. (2013). Aşırı Teşhis. (Çev. Akif Akalın). İstanbul: İnsev.

Yenen, OŞ. (2007). Hastalık icadı ya da ilaç pazarının genişletilmesi. Bilim ve Ütopya, 153(13): 4 – 8.

Williams, SJ., Gabe, J., Davis, P. (2008). The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. Sociology of Health and Illness, 30: 813 – 824.

Williams, SJ., Martin, P., Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. Sociology of Health and Illness, 33: 710 – 725.

TIBBİ TEKNOLOJİNİN POLİTİK EKONOMİSİ

"*Sağlığın, Aşının, İlacın ve Tıbbi Teknolojinin Ekonomi Politiği*" konulu TTB Halk Sağlığı Kolu Araştırma Görevlileri Kursu için hazırlanan bu materyal, literatürde tıbbi teknoloji kapsamında ele alınan aşı ve ilaç diğer katılımcılar tarafından tartışıldığından, ağırlıkla *tıbbi cihazlar* üzerine odaklanacaktır. Tartışmalarda tıbbi teknolojinin doğası değerlendirilerek, sosyoekonomik dinamiklerin tıbbi teknolojiyi nasıl biçimlendirdiği ve tıbbi teknolojideki yeniliklerin tıbbı ve toplumu nasıl etkilediği sorularına yanıt aranacaktır.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık teknolojisini, "*sağlık sorununun çözümü ve yaşam kalitesini arttırmak için geliştirilen araçlar, ilaçlar, aşılar, süreçler ve sistemler biçiminde örgütlenmiş bilgi ve becerilerin uygulanması*" olarak tanımlamıştır.

Bilimsel tıbbın tarihi eski Yunanistan'da Hipokrat dönemine uzanır. Bu dönemde tıpta teknoloji kullanımı oldukça sınırlıdır ve kullanılan tıbbi teknoloji oldukça basittir: *merhemler, bandaj, cerrahi enstrümanlar, bitkisel ilaçlar ve kan alma*. Sonraki iki bin yıla damgasını vuran Hipokratik tıbbın kullandığı teknolojilerde "köklü" değişimler esas olarak 19. yüzyılda görülmeye başlamıştır.

Leannec'in stetoskopu icat etmesi oskültasyon tekniğini geliştirirken, yüzyılın ortalarında cerrahide anestezinin kullanılmaya başlaması tıbbın cerrahi alanda etkinliğini önemli ölçüde arttırmıştır. Ancak bu yüzyıldaki en önemli gelişme Pasteur ve Koch'un çalışmaları sonucu ortaya çıkan "mikrop kuramıdır".

Bu dönemde insanlığın en önemli sağlık sorunu bulaşıcı ve salgın hastalıklardır. Tıp bu sorunları dönemin tıbbına egemen olan "*miyazma kuramı*" içinde "çevresel" etmenlere bağlamaktadır. Diğer yandan Fransa'da Villermé'in çalışmaları hastalıkların etiyolojisinde toplumsal ve ekonomik etmenleri öne çıkartırken, Engels ve Virchow hastalıklarla toplumun ekonomik ve sosyal örgütlenmesi arasındaki ilişkileri ortaya koymuştur.

Bu ortamda sahneye çıkan *mikrop kuramı*, dönemin en önemli sağlık sorunlarını "mikroplara" ve soruların çözümünü "mikroplarla mücadeleye" bağlayarak, tıbbın yönünü değiştirmiştir. Daha sonraları tıbba ve sağlığa "*biyomedikal yaklaşım*" olarak tanımlanan yaklaşımın tohumları bu yıllarda atılmıştır:

> "… dönemin önde gelen bakteriyologlarından olan Emil von Behring (1854 – 1917), *Gesammelte Abhandlungen* isimli çalışmasında Virchow tarafından ortaya konmuş olan tıp/sağlık felsefesini eleştirmekte, her hastalığa yol açan bir mikrop bulunduğunu ve bu hastalıkların toplumsal koşullardan tamamen bağımsız olduğunu savunmakta, Virchow'u bilimin ortaya koyduğu gerçekleri yadsımakla suçlamaktadır.
>
> 1893 yılında von Behring, Virchow'un toplumsal sefaletin hastalıkların en büyük nedeni olduğuna ilişkin yargısı üzerine iğneleyici bir şekilde konuşmaktadır: Bu görüşlerin 1847'de bir kıymeti vardı, şimdi ise bulaşıcı hastalıklara ilişkin çalışmalar Robert Koch'un yöntemi izlenerek, sosyal mülahazalar ve toplumsal politika üzerine düşüncelerle lafa boğulmaksızın, yoldan sapmadan yürütülebilir".

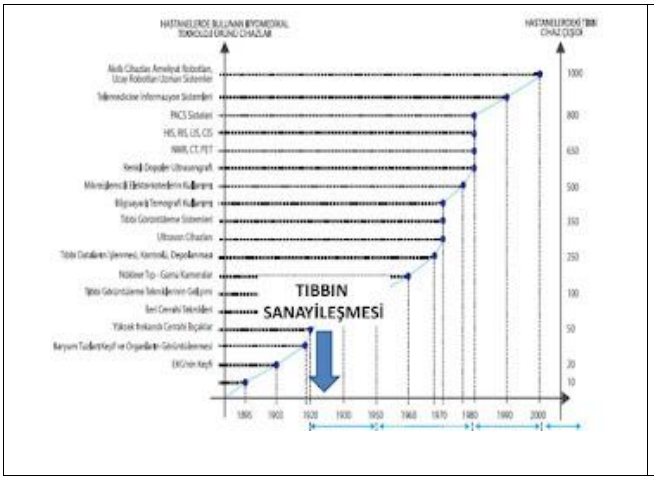
On dokuzuncu yüzyılın sonuna doğru önce kolera, şarbon ve kuduz, daha sonra difteri ve tetanos aşılarının geliştirilmesi bir yandan mikrop kuramının tıpta egemen olmasına yardımcı olurken, diğer yandan insanlarda sağlık sorunlarının çözümünün "tıbbi teknolojinin" ilerlemesinde olduğu inancını oluşturmuştur. Tıbbi teknoloji her hastalık için bir "ilaç" geliştirecek ve sağlık sorunları tarihe karışacaktır.

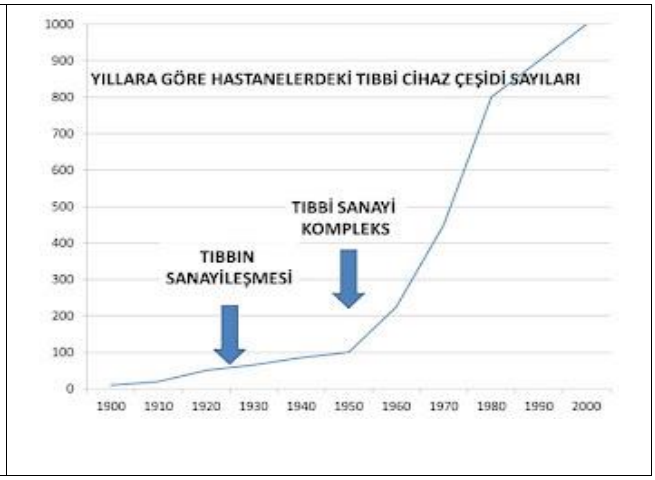
Diğer yandan yirminci yüzyılda X ışınlarının tıpta kullanılmaya başlaması ve 1903 yılında EKG'nin keşfiyle birlikte hekimlerin tıbbi teknolojileri tanı amacıyla mesleki pratiklerinde daha yoğun kullanmaya başladıkları bir çağ açılmıştır.

Küçük siyah çantadan taşan tıbbi teknoloji

Yeni teknolojilerin yaygınlaş(tırıl)ması ve tıpta gündelik kullanıma daha fazla girmeye başlaması, yirminci yüzyılın ilk çeyreğinden sonra gerçekleşmiştir. Giderek tıbbi uygulamaların olmazsa olmaz bir parçası haline gelen tıbbi teknoloji, hekimleri mesleklerini tıbbi teknoloji kullanmadan icra edemez hale getirmiştir. Bir yandan tıp (hekimlik), tıbbi teknolojiye daha fazla dayanırken, diğer yandan toplum içinde bir şeyin "ne kadar teknolojiye dayanıyorsa o kadar etkili olduğu" inancı yaygınlaş(tırıl)mıştır.

ABD'de tıbbın "*sanayileşmesini*" inceleyen en kapsamlı çalışmalardan biri E. Richard Brown tarafından 1979 yılında yayınlanmıştır: "*Rockefeller Medicine Man: Medicine and Capitalism in America*". Brown'a göre 1920 öncesinde ABD'de sağlık hizmetleri, hekimlerin mesleklerini "kendi hesaplarına" ve bireysel olarak icra ettikleri (solo practice) ve sundukları hizmet başına ücret aldıkları bir yapıdadır ve tıbbi teknoloji hekimin "*küçük siyah çantasına*" sığabilmektedir. Hızla gelişen tıbbi teknoloji 1920'li yıllardan itibaren Amerika'da tıbbın icra edilme tarzının değiştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır. Tıp hekimlerin mesleklerini kendi hesaplarına çalışarak icra ettiği ve uyguladıkları tıp üzerinde kontrol sahibi oldukları bir tarzdan çıkartılarak "sanayileştirilmiştir".





Tıbbi hizmetin "örgütlenmesinde" değişim

Tıbbi hizmet geleneksel olarak hekimlerin "bireysel" olarak (solo) yürüttüğü bir etkinlik olarak örgütlenmiştir. Binlerce yıl boyunca hekimlerin tek sermayesi tıbbi bilgi ve becerileri olmuş, mesleklerini icra ederken kullandıkları basit ve göreli ucuz tıbbi teknolojiyi kolayca edinebilmişlerdir. Yirminci yüzyılda tıbbi teknoloji giderek karmaşıklaşmaya, dolayısıyla kullanımı için "uzmanlık" düzeyinde bilgi ve beceriler gerektirmeye ve pahalılaşmaya, bir hekimin tek başına sahip olamayacağı hale gelmeye başlamıştır. Özellikle "tanı" teknolojisindeki gelişmeler, bu teknolojileri kullananlara "pazarda" büyük bir avantaj sağlamış, hekimlik mesleğini "bireysel" olarak icra etmek güçleşmiştir.

Yeni tıbbi teknolojiler pahalıdır ve bir "işletme maliyeti" vardır. Bu teknolojilerden "optimal" fayda sağlanabilmesi için daha büyük "ölçeğe" gereksinim vardır. Yeni tıbbi teknolojilere yatırım yapan sermayedarlar, yatırımlarını büyük şehirlerde bir hekimin tek başına bakabileceğinden çok daha fazla hastaya hizmet sunabilecek kurumlar açarak değerlendirmeye başlamışlardır.

Bu süreçler sonunda ABD'de 1920'lere kadar hekimlerin çoğu mesleklerini "bireysel" olarak icra ederken, 1929 yılına gelindiğinde Amerikalı hekimlerin yüzde 70'i ya bir hastanede veya bir şekilde hastanelere bağ(ım)lı olarak çalışmaya başlamışlardır.

Diğer yandan tıbbi teknoloji sağlık hizmetini de pahalılaştırmıştır. Tıbbi teknolojinin küçük bir *siyah çantaya* sığdığı dönemde hekimlik mesleğinin icrası hekimin tıbbi teknolojiye ciddi bir mali yatırım yapmasını gerektirmezken, aynı zamanda hasta için de göreli ucuz bir bakım olanağı sağlamaktadır.

Miami Üniversitesi ekonomi profesörlerinden Melissa Thomasson'a göre 1920 öncesi hastalık nedeniyle işten kalmaktan kaynaklanan ücret kayıpları, hastalığın tedavi giderlerinin 4 katıdır ve bu nedenle insanlar tedavi giderleri için değil, "sickness" (hastalığa bağlı işten kalma) sigortası yaptırmayı tercih etmektedir.

Tıbbi teknoloji kullanımının yaygınlaşmaya başladığı 1920'lerde tedavi giderleri artmaya başlamıştır. Bunun üzerine tedavi giderleri için de sigorta gereksinimi duyan Dallaslı öğretmenler, Baylor Üniversitesi Hastanesi'ne 21 günlük hastane giderleri için 6 dolarlık bir "health" (sağlık) sigortası planı önermişler, uygulamanın Amerikan Hastane Birliği tarafından benimsenerek ülke

çapında yaygınlaşmasıyla, “Blue Cross” sigortası ortaya çıkmıştır. Böylece hasta ile hekim arasına “üçüncü” bir taraf girerek (sigorta), hem hastalar, hem de hekimler üzerinde bir güç olmaya başlamıştır.

Kuşkusuz bu gelişmelerin önemli “sosyal” sonuçları vardır. 1920’lerden sonra tıbbi bakımın “etkinliği” geçmişle kıyaslanamayacak ölçüde artmaya, fakat buna karşılık geniş toplum kesimleri için giderek daha “erişilemez” hale gelmeye başlamıştır. Tıp teknik olarak çok sofistike bir hale gelirken, toplumun gereksinimlerine duyarsızlaşmaktadır.

Özetlemek gerekirse sağlık hizmetleri tıbbi teknolojiye dayandıkça *pahalılaşmış*, tıp mesleğinin icrası ve tıbbi araştırma için gerekli sermaye giderek artmıştır. Hekimlik “bireysel” bir meslek olmaktan çıkarak “sanayileş(tiril)miş”, sağlık sigortası toplumsal yaşamın bir parçası haline gelmiş, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler bireylerin sağlık güvencesi bulunup bulunmaması temelinde artmaya başlamıştır. Diğer yandan tıpta “biyomedikal” yaklaşım daha da güçlenmiş ve tıbbi sorunların çözümünün tıbbi teknolojideki ilerlemelerden geçtiğine ilişkin inanç güçlenmiştir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bir toplumun "üretim ilişkileri" ile üretici güçlerinin düzeyi arasında zorunlu bir ilişki vardır. Üretici güçler, emek gücü ile birlikte üretim etkinliğine katkı yapan bütün etmenleri kapsar ve üretim araçları, fabrikalar, ulaşım ve iletişim araçları, bilim ve teknoloji de bu kapsamda değerlendirilir. Yani toplumcu yaklaşım teknolojiyi (ve bilimi) üretici güçlerin bir parçası ve emeğin üretkenliğini arttıran en önemli unsurlardan biri olarak görür.

Teknoloji üretim için toplumsal olarak gerekli emek zamanını kısaltarak, birim zamanda daha fazla üretim yapılmasını sağlayarak emek süreçlerini değiştirir ve emeğin üretkenliğini arttırır. Bunun yanında teknolojik gelişme üretime uygulandığında, ürün miktarını arttırır veya ürünün niteliğini iyileştirir, maliyetleri azaltır, ürünün üretimi için gerekli emek ve doğal kaynak miktarını azaltır.

Dolayısıyla teknoloji üretici güçleri geliştirdiğinden olumludur. Fakat burada üretici güçlerin gelişmesi, esas olarak üretici güçlerin "bilgi ve becerilerinin" gelişmesidir. Yani aslında güçleri geliştiren "teknolojik yenilik" değil, emekgücünün "teknik bilgisinin" artmasıdır. Nitekim teknolojinin gelişimi sadece "araçların" değil aynı zamanda "insanların" da gelişimini kapsar. Teknoloji, yeni teknolojileri icat edenlerin bilgisi ve kullanacak olanların becerisi olmaksızın ne geliştirilebilir, ne de uygulanabilir.

Teknolojinin yukarıda özetlenmeye çalışılan özellikleri, "genel" olarak tıbbi teknoloji için de geçerlidir. Ancak tıbbın bir hizmet sektörü olması, hizmetin konusu olan sağlığın "bedensel, ruhsal ve sosyal" boyutlarının olması ve sağlık hizmetinin kendisine özgü bazı özellikleri nedeniyle tıbbi teknolojiyi diğer teknolojilerden ayıran ileride değineceğimiz bazı özellikler vardır.

Burada tartışma konularından biri "*teknolojik determinizm*" (gerekircilik / belirlenimcilik) kavramıdır.

Günümüzde insanlığın karşı karşıya olduğu en önemli sorunlar (örneğin küresel ısınma) genellikle sanayileşmenin, dolayısıyla "teknolojik gelişmenin" yarattığı sorunlar olarak görülmektedir. Bu bakış açısına (teknolojik belirlenimcilik) göre teknoloji, kullanıcıların amaçlarına hizmet etmeye hazır "tarafsız" bir araçtır. Teknolojinin ortaya çıkarttığı sorunlar, yine bu sorunları çözecek yeni teknolojiler üretilerek veya mevcut teknolojiler geliştirilerek çözülebilir.

Bu yaklaşımın bir versiyonu ise teknolojiyi bir kontrol objesi olarak toplumsal yapıyı yeniden yapılandıran bir tür kültürel sistem olarak görür. Teknolojinin toplumu değiştirici, dönüştürücü etkisi, insanlar tarafından teknolojiye verilen kültürel anlam veya önemden kaynaklanır. Bu kültür sistemine karşı durabilmenin tek yolu "geleneklere ve basitliğe" dönmektir. Aksi halde teknoloji insanlığı ele geçirecek, insan kendisine hizmet etmesi için ürettiği teknolojiye hizmet eder hale gelecektir.

Teknolojik belirlenimcilik, teknolojiyi toplumsal gelişme ve değişimin "motoru" olarak görmektedir. Teknoloji insanın hayatta kalabilmek için doğayla olan ilişkisini (üretim sürecini) ve insanların toplumsal ilişkilerini değiştiren bir faktördür. Teknoloji değişirken, gündelik yaşam ve toplumsal ilişkiler de değişir. Özetle teknolojik belirlenimcilik teknolojik değişimin dinamiğini sosyal yapılar yerine teknolojinin kendisinde arar, mevcut örgütsel ve sosyal yapıları "kaçınılmaz" veya "doğal" gösterir.

Toplumcu yaklaşım, teknolojiyi toplumsal gelişme ve değişimin bir "motoru" ve "tarafsız" bir araç olarak *görmez*. Teknoloji ve toplum diyalektik bir süreçte birbirlerini sürekli şekillendirirler. Toplum içinde kaynaklara sahip olup, üretimin örgütlenmesini kontrol edenler, teknolojinin insafına terk edilmiş olmaktan çok, teknolojinin kaderine hükmeder konumdadır. Kendi çıkarlarına hizmet edecek yenilikleri piyasaya sürerken, başkalarının çıkarına hizmet edecek yeniliklerin önünü kesme gücüne sahiplerdir.

Teknolojinin neden olduğu sorunlar ise kararlar üzerinde emekçilerin kontrolünün sağlanmasıyla ve toplum katılımının arttırılmasıyla azaltılabilir. Emekçilerin kontrol ettiği bir ekonomi teknolojiyi, yüksek düzeyde beceriyi üretime uygulayacak şekilde yeniden tasarlayabilir. Özetle teknolojinin etkileri *sosyal bağlama* bağlıdır. Bağlam teknolojinin benimsenmesini destekler veya desteklemez. Teknoloji benimsenirse, sosyal bağlamın teknolojinin nasıl kullanılacağı üzerinde önemli etkileri olur.

Tıbbi teknoloji örneğinde teknolojik belirlenimci yaklaşımla, toplumcu yaklaşım arasındaki farkı şöyle açıklayabiliriz. Teknolojik belirlenimci yaklaşım günümüzde tıbbın önemli sorunları arasında ilk sıralarda yer alan aşırı teşhis gibi sorunların ve tıpta aşırı uzmanlaşmanın tıbbi teknolojideki ilerlemelerin neden olduğu "istenmeyen etkiler" olduğunu düşünmektedir. Oysa bu sorunlar tıbbi teknolojide yenilikçiliğin (inovasyon) ardındaki "motivasyonu" yansıtmaktadır.

Nitekim *toplumun gereksinimlerini* önceleyen inovasyonlarda bu tür "yan etkiler" gözlenmezken, pazara yönelik *kâr amaçlı* inovasyonlar bazen çözdüklerinden daha fazla soruna yol açabilmektedir.

Bu anlamda tıbbi teknoloji, tıbbın icra edilme tarzını değiştirerek, tıbbın "sanayileştirilmesine" hizmet etmiş ve tıp, *sermayenin gereksinimlerine göre yeniden örgütlemiştir*. Fakat bu durum tıbbi teknolojideki ilerlemenin "doğal" bir sonucu değildir. Değişim süreci, elbette tıbbi teknolojinin etkileriyle, fakat aynı zamanda "sosyal" olarak belirlenmiştir.

TIBBİ TEKNOLOJİ VE İDEOLOJİ

Halk sağlığının günümüzdeki duayenlerinden Howard Waitzkin, tıbbi teknolojinin ideolojik bir işlevi de olduğunu savunmaktadır. Waitzkin'e göre devletin ana işlevlerinden biri kapitalist politik – ekonomik sistemi meşrulaştırmasıdır. Halk sağlığı ve refah programlarının tarihi, devlet harcamalarının genellikle toplumsal huzursuzluk dönemlerinde arttığını ve hoşnutsuzluğun yatıştığı dönemlerde azaldığını göstermektedir. Kamuoyunun devlete ve tekellere güveni sarsıldığında devlet "sağlık harcamaları" yaparak kaybolan güveni onarmaya çalışır.

Bu bağlamda tıbbi teknoloji harcamaları bir "sosyal sermaye harcaması" olarak (bu teknolojilerin en büyük müşterisi devlettir), devletin yinelenen meşruiyet krizlerine karşılık verme çabalarının bir parçasıdır. Örneğin 1960'lı yıllarda yaygınlaşan *koroner yoğun bakım birimleri* gibi teknolojik yenilikler, devlet için oldukça kullanışlı meşruiyet harcamalarıdır. Bir yandan devletin toplumun sağlığı üzerine derin bir kaygı duyduğu mesajı taşırken, aynı zamanda büyük sanayi şirketleri için yeni kazanç kaynağı sağlarlar.

Diğer alanlarda kapitalizme içkin bir eğilim olarak ekonominin ana sektörlerinde kâr oranları düşerken, tıbbi teknoloji birçok sanayi için kârlı yatırım olanakları sunmaktadır. Pahalı teknolojiler çoğalırken, ucuz tıbbi uygulamalar daha uygun ve etkili olsalar dahi gözden düşmektedir.

Tıbbi teknoloji aynı zamanda toplumsal sorunların "tıpsallaştırılmasında" (medicalization) ve ilaçsallaştırılmasında (pharmaceuticalization) ideolojik bir araç olarak kullanılmaktadır. Gelişmiş kapitalist ülkelerde İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında sağlık sistemlerinin en belirgin özelliği karmaşık ve aşırı pahalı tıbbi teknoloji kullanımının artmasıdır. Bu teknolojik yenilikler aynı zamanda sembolik olarak "teknolojik etkililik" mesajı taşımaktadır.

Yeni tıbbi teknolojilerin çoğunun mortalite ve morbiditeyi iyileştirmekteki "gerçek" etkililiği oldukça yüzeyseldir. Bu teknolojilerin karmaşıklığı sıradan insanların ve birçok profesyonelin teknolojiyi eleştirel değerlendirmesini güçleştirmektedir. Teknolojik yenilikleri değerlendirme yöntemleri oldukça başarılı olmasına rağmen, bu değerlendirmeler genellikle teknolojik yeniliğin yaygın olarak benimsenmesinden sonra yapılmaktadır.

Oysa basit uygulamalar (örneğin mesleki stresin azaltılması veya hamile kadınlara prenatal bakım sağlanması) "teknik etkililik" mesajı taşımamaktadır. Kalp sağlığı açısından mesleki stresin

azaltılması, koroner yoğun bakım birimlerinden çok daha etkilidir. Benzer şekilde perinatal sağlık açısından prenatal bakım, fetal izlem teknolojilerinden daha etkilidir. Ancak bu uygulamaların "basitliği", sağlık bakımındaki yerlerini "geriye" itmekte, karmaşık teknolojiler öne çıkmaktadır.

Mesleki stres kalp hastalıkları için birinci derecede risk faktörü olmasına rağmen, mesleki stresin azaltılması ekonomik üretimin örgütlenmesinde değişiklikler gerektirdiği için kapitalist sistem açısından "işlevsel" değildir.

Tıbbi teknoloji hastalıkların ve vakitsiz ölümlerin toplumsal nedenlerini "mistifiye ve depolitize" etme eğilimindedir. Teknolojik yönelim dikkatleri mevcut sosyal örgütlenme kalıplarını tehdit edebilecek basit sorunlardan kaçırmaktadır.

Karmaşık ve pahalı teknoloji bir "etkililik" mesajı taşır, eleştirel sorgulamayı kısıtlar ve kapitalist toplumun sosyoekonomik yapısıyla uyumludur. Düşük teknolojiye dayalı sıradan tıbbi uygulamalar birçok durumda potansiyel olarak daha etkili olmalarına rağmen, sağlık sorunlarının altında yatan toplumsal kökenlerinin doğrudan bir politik değerlendirmesini gerektirir.

Tıbbi teknolojiye dayalı tıp ve sağlık anlayışının yaygınlaş(tırıl)ması

DSÖ Anyasası'nın insan hakları taahhüdüne bağlı sosyal bir sağlık modelini benimsemesine rağmen, sömürgeciliğin çözülmesiyle dünyada dengelerin değişmesi, ABD'nin küresel ölçekte egemen bir güç olarak ortaya çıkması ve Soğuk Savaş, bu vizyonun yaşama geçirilmesini engellemiş ve ABD'nin teşvikiyle tıbbi teknolojiye dayalı bir yaklaşım öne çıkmıştır.

Tıbbi teknolojiye dayalı bir sağlık anlayışının öne çıkmasına zemin hazırlayan etmenlerin başında antibiyotiklerin keşfi gelmektedir. Etkili ilaçların bulunması hekimlerde ve kamuoyunda sağlık sorunlarının çözümünün "teknolojide" olduğu inancı yaratmıştır. Bu gelişme aynı zamanda farmasötik sanayinin yükselişine ve ulusal ve uluslararası sağlık politikalarını etkileyen politik bir güç haline gelmesine yol açmıştır.

Bu süreçte Sovyetler Birliği ve diğer sosyalist ülkeler Birleşmiş Milletler'den ve bağlı kuruluşlarından çekilmiş, meydan tamamen ABD'ne kalmıştır. Emperyalist ülkeler bağımsızlıklarını yeni kazanmış Asya ve Afrika başta olmak üzere geri bıraktırılmış ülkelerde yüksek teknolojiye dayalı tedavi hizmetlerini teşvik etmiş, özellikle kırsal kesimlerde yaşayanlar ve

halk sağlığı ihmal edilmiştir. Bağımsızlıklarını kazanan eski sömürgeler sağlık sistemlerini bu miras üzerine kurmuşlardır.

Dönemin uluslararası halk sağlığı programları, sıtma, çiçek, verem gibi hastalıklara yönelik, tıbbi teknolojiye dayalı "vertikal" programlardır. Çok verimli görünen bu programlar, aşılanan insan sayısı gibi çok somut ölçülebilir hedeflere sahip olduklarından kısa zamanda büyük popülarite kazanmışlardır. Ancak doğaları gereği sağlık sorunlarının içinde oluştuğu ve geliştiği "sosyal bağlamı" ihmal eden bu programlar, hastane merkezli sağlık bakımında olduğu gibi geniş yoksul toplum kesimlerinin en ciddi birçok sağlık sorununa hitap etmemektedir. Buna rağmen özellikle çiçek hastalığının eradike edilmesi teknolojiye dayalı sağlık yaklaşımına büyük prestij kazandırmıştır. Aynı başarının DSÖ ve UNICEF'in ortak yürüttüğü sıtma kampanyasında yinelenememesine rağmen, teknolojiye olan inanç sarsılmamıştır.

Ancak 1960'ların ortalarına gelindiğinde sağlık sorunlarının çözümünü tıbbi teknolojide arayan yaklaşımın yoksulların ve dezavantajlı kesimlerin en acil gereksinimlerine yanıt vermediği anlaşılmaya başlamıştır. "Vertikal" kampanyalara ve büyük şehir temelli tedavi hizmetlerine alternatif arayışları başlamış, sağlığın sosyal, ekonomik ve politik boyutlarına ilgi artmıştır.

1970'lerin başlarında kapitalist ülkelerde "topluma dayalı" sağlık programları ortaya çıkmaya başlamıştır. Toplum katılımına ve insanları sağlık kurumlarına bağlamaktan çok sorunlarının çözümü için "güçlendirmeye" vurgu yapan programlar yüksek teknolojiye ve uzmanlaşmaya sırt çevirerek sağlık eğitimi ve önleyiciliği teşvik etmişlerdir. Bu programlar arasında en bilinen ve başarılı olan Çin'deki "*yalınayak hekimler*" hareketidir.

Alma-ata Bildirgesi

Topluma dayalı sağlık bakımı hareketlerinin başarıları "herkese sağlık" kampanyasına zemin oluşturmuş, dünyanın birçok coğrafyasında yaşanan başarılı deneyimler 1978 yılında Alma ata'da kristalleşmiştir.

Alma-ata Bildirgesi 1970'li yıllarda sağlığın içinde bulunduğu durumu özetlerken, sağlıkta eşitsizliklerin arttığını, tıbbi teknoloji şirketlerinin sağlık sistemlerini ürünlerini satacakları pazara dönüştürdüğünü, sağlıkta iyileşmenin sağlık hizmetinin tıbbi teknoloji kullanan uzmanlarla sunumuna eşitlendiğini ve sağlık kaynaklarının sofistike sağlık kurumlarına aktarıldığını

belirtmektedir. Bildirgeye göre "mevcut" tıp bilgisi ve teknolojisiyle toplumun daha sağlıklı olması mümkündür fakat bunun için sağlık hizmetinin örgütlenmesinde köklü değişimlere gidilmesi gereklidir.

Bildirge sağlık bakımının hastaneler yerine "birincil bakım" üzerine inşa edilmesi gerektiğini vurgulamakta ve birincil bakımın temel özelliklerini şöyle sıralamaktadır: evrensel erişim, toplumun kabul ettiği araçlara dayalı bakım, toplum katılımı, toplumun karşılayabileceği maliyet. Dahası, birincil bakım sağlık sisteminin çekirdeği olmakla kalmayacak, sosyal ve ekonomik kalkınmanın bir parçası olacaktır.

Birincil bakım toplumların "ana" sağlık sorunlarına (en çok görülen, öldüren, sakat bırakan sorunlar) odaklanacak ve sağlığın teşviki, önleyicilik, iyileştirici, rehabilite edici hizmetlerden oluşacaktır. Birincil bakımın "asgari" düzeyde kapsamı şöyle tanımlanmıştır: beslenme ve temiz içme suyu, sanitasyon, ana – çocuk sağlığı ve aile planlaması, aşılama – bağışıklama, endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, sağlık eğitimi, sık görülen hastalıkların önlenmesi ve tedavisi.

Alma-ata Bildirgesi tıbbi teknoloji konusunda "*uygun*" teknoloji kavramını ortaya atmıştır. Sorunu birincil bakım yerine hastanelerde kullanılmaya "uygun" tıbbi teknolojilere odaklanma eğilimi olarak tanımlayan Bildirge, çözüm için tıbbi teknoloji sektörünün birinci basamakta kullanmaya "uygun" teknolojik donanım üretmeye yönlendirilmesini önermektedir.

Bildirgeye göre bir tıbbi teknolojinin "uygun" olarak kabul edilmesi için bilimsel olarak geçerli olmanın yanında, sağlıkçılar ve toplum tarafından kabul edilmesi (*kültürel boyut*), toplumun gereksinimlerine göre uyarlanabilir ve geliştirilebilir olması, kullanımı kolay olması (*basitlik*) ve bakım ve onarımının yerelde yapılabilmesi gerekir. Ayrıca tıbbi teknolojilerin seçimi toplum katılımıyla belirlenmeli ve ulusal ve yerel gereksinimler dengelenmelidir.

Ancak birincil sağlık bakımının potansiyel maliyetleri ve politik etkilerinden tedirgin olan sermaye çevreleri, daha pragmatik, mali olarak daha az tehdit edici ve politik olarak daha az tehditkar bir öneri üretmişlerdir: *seçici birincil sağlık bakımı*.

Sağlık sisteminin bütün boyutlarını eşzamanlı olarak güçlendirmeye çalışmak ve sosyal ve politik güç ilişkilerini dönüştürmek yerine, ana morbidite ve mortalite kaynaklarına yönelik kısa sürede sonuç alınabilecek "maliyet – etkili" müdahaleleri savunan seçici yaklaşım, birincil sağlık

bakımının sosyal ve politik yönlerini ortadan kaldırmayı amaçlamıştır. Ana – çocuk sağlığına odaklanan yaklaşım, izlemi ve değerlendirmesi göreli kolay dört GOBI müdahalesi önermiştir.

GOBI, Growth monitoring (büyüme izlemi), Oral rehidratation (ağızdan tuz – şeker eriyiği), Breastfeeding (emzirme) ve Immunization (bağışıklama) bileşenlerinin ilk harflerinden oluşturulmuş bir kısaltmadır.

Geçmişteki "vertikal" örgütlenmenin bir benzeri olan GOBI stratejisi kısa zamanda çocuk ölümlerinde önemli iyileşmeler sağlamış, fakat aynı zamanda sosyal ve ekonomik dönüşümler olmaksızın sağlıkta başarılar elde edilebileceğini "kanıtlayarak" Alma-ata girişiminin mezarını kazmıştır.

Gerçekte yalnızca ORT ve bağışıklamaya odaklanan ve doğurganlık çağındaki kadınlar ile 5 yaş altındaki çocukları hedefleyen *seçici yaklaşım*, sağlık göstergelerini iyileştirmiş, fakat sağlıkta sorunların çözümünü teknolojide arayan anlayışı da yeniden pekiştirmiştir. İlk bakışta tamamen "teknik" bir fark gibi algılanan "kapsamlı" birincil bakım ve "seçici" birincil bakım tartışması, aslında derin bir ideolojik ve politik farklılığı ifade etmektedir ve ardında yalnızca sağlığa değil, aynı zamanda daha genelde statükoya bakış farkı vardır.

Neoliberal saldırı

Bu süreçlere damgasını vuran en önemli gelişmelerden biri, gelişmiş kapitalist ülkelerde petrol krizini takiben "refah" politikalarının terk edilmeye başlaması ve yerine "neoliberal" politikaların benimsenmesidir. Reagan – Thatcher ekürisi eliyle emeğe karşı küresel bir saldırı eşliğinde sürdürülen neoliberal politikalar, sosyal harcamalarda kesintiler önermekte, sağlıkta özelleştirmeyi ve piyasalaştırmayı teşvik etmektedir. Bu politikalar, sağlığın tıbbi teknolojiye daha da dayalı hale gelmesinde kilit bir rol oynamıştır.

Bir yandan Alma-ata sürecinin devamı olarak 1986 yılında kabul edilen Ottawa Şartı'yla (Sağlığın Teşviki), sağlığın 8 kilit belirleyicisi ilan edilirken (barış, barınma, eğitim, beslenme, gelir, sosyal adalet, sürdürülebilir kaynaklar ve eşitlik), diğer yandan sağlığın teşviki "bireysel" yaşam tarzı müdahaleleriyle (sigarayı bırakma, egzersiz, diyet vb) "sınırlandırılmaya" çalışılmaktadır. Bu süreç sosyalizmin çözülmesi ve işçi sınıfı hareketinin küresel ölçekte gerilemesiyle, sermayenin lehine sonuçlanmıştır.

Liberal ideoloji sermayenin ideolojisidir ve liberalizmden kasıt insanların değil "pazarın" serbestleştirilmesidir. Bu ideolojiye göre devlet toplumun kaynaklarını etkili ve verimli kullanamaz. Bu nedenle devlet pazarlardan elini çekmeli, ekonomiye müdahale etmemeli, kaynak tahsisini serbest pazarlara bırakmalıdır. Böylece "herkes" kazanacaktır. Bu bağlamda sosyal harcamalar devletin ekonomiye müdahalesi olarak görülmekte ve kısılması istenmektedir.

Neoliberal politikalar gelişmiş kapitalist ülkelerde işbaşına gelen hükumetler tarafından "içeride" uygulamaya konurken, Dünya Bankası ve IMF tarafından dünyanın geri kalanına dayatılmıştır. Borç batağına saplanmış ülkeler, uluslararası mali kuruluşlara başvurduklarında, kredilerin tek şartı, devletin ekonomiye müdahalesinden vaz geçmeleri ve sosyal harcamaları kısması olmuştur. Bu çerçevede "sağlık reformları" yapılarak devletin bu alandaki rolü azaltılmıştır. 1990'larda Dünya Bankası ve IMF'ye neoliberal politikaların dünyaya dayatılmasına yardımcı olmak üzere Dünya Ticaret Örgütü eklenerek, uluslararası ticarete yeni kurallar getirilmiştir.

Sağlığın toplumsal belirleyicileri

2000'li yıllara gelindiğinde dünyanın büyük bir bölümünde tıbbi teknolojiye dayalı bir sağlık ve tıp anlayışı yerleşmiş, sağlık harcamaları geçmişle kıyaslanamayacak ölçüde artmış, fakat doğuştan yaşam beklentisi ve bebek ölümleri gibi parametrelerde önemli iyileşmeler sağlanmış olsa da, sağlıkta eşitsizlikler tarihte görülmedik boyutlara ulaşmıştır. Uzun süredir Dünya Bankası ve IMF'nin güdümüne giren ve sağlıkta özelleştirmeleri ve piyasalaştırmayı destekleyen DSÖ, özellikle yirmi birinci yüzyıl başında patlak veren pandemilere gerekli yanıtı veremediği için büyük prestij kaybetmiş, örgütün politikalarına karşı yükselen eleştiriler karşısında 2005 yılında Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri Komisyonu (STBK) oluşturmuştur.

Geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısından itibaren çok sayıda bilimsel araştırmanın sağlığın toplumsal belirleyicilerini kesin olarak ortaya koyması ve son yirmi yıl içinde toplumsal belirleyicilerin sağlık üzerine etkilerinin hangi "mekanizmalarla" gerçekleştiğinin bilimsel olarak açıklanması (örneğin emekçilerin işyerlerinde maruz kaldığı mesleki stresin hipotalamo-hipofizer-adrenal yolaklar üzerinden emekçilerde kalp ve damar hastalıkları başta olmak üzere birçok sağlık sorununa neden olduğu) egemen "biyomedikal" modeli yeniden hedef tahtasına koymuştur.

STBK son 50 yılın verilerini değerlendirerek sağlığın toplumsal belirleyicilerini "yeniden keşfetmiş" ve hükumetlere sağlık politikalarını oluştururken sağlığın toplumsal belirleyicilerini

dikkate almaları çağrısı yapılmıştır. Ancak bu "yeni" tutum, biyomedikal yaklaşıma sahip olanların "önceliklerini" değiştirdikleri anlamına gelmemektedir.

Günümüzde biyomedikal yaklaşım sağlığın biyolojinin yanında sosyal olarak da belirlendiğini kabul etmekle birlikte, "birey" odaklı yaklaşımını değiştirmemiştir. Örneğin emekçilerde kalp ve damar hastalıklarının gelişmesinde işyerinde maruz kalınan mesleki stresin rolü kabul edilmiş, fakat bu sorunun çözümünde işyerinde mesleki stres yaratan koşulları ortadan kaldırmak yerine, emekçilerin mesleki stresle başa çıkabilmesine yönelik çalışmalar öne çıkartılmıştır.

Benzer şekilde günümüzde başta tip 2 diyabet ve kalp hastalıkları olmak üzere birçok kronik hastalığın Virchow'un deyişiyle "toplumun kusurlarından" kaynaklandığının bilimsel olarak kanıtlanmış olmasına rağmen biyomedikal yaklaşım bu kusurların üzerine gitmek yerine, sorunların çözümünü "genetik" düzeyde aramayı sürdürmektedir. Örneğin diyette ilave şekerlerin kısıtlanması gerektiği kabul edilmekle birlikte, diyabetik hastaların sorunları gen teknolojisiyle çözülmeye çalışılmaktadır.

Toplumcu yaklaşımı benimseyenler ise sorunun yalnızca sağlığın toplumsal olarak belirlendiğinin kabul edilmesi veya bireyin toplum içindeki konumu olmadığını, diğer bir deyişle sorunun Michael Marmot, Richard G. Wilkinson ve diğerlerinin "sınırladığı" gibi yalnızca "kaynaklara erişim" sorunu olmadığını, aynı zamanda bu kaynaklar üzerinde "kontrol" sahibi olma sorunu olduğunu belirtmektedir. Bir toplum içinde insanlar arasında sağlıkta eşitsizliklerin kaynağı yalnızca toplumun dezavantajlı kesimlerinin toplumsal kaynaklara yeterince erişememesi değildir, bu kaynakların toplumun egemen sınıflarının kontrolünde olmasıdır.

Tıbbi teknolojinin politik ekonomisini tartışırken de esas olarak bu noktanın öne çıkartılması gerekir. Şu veya bu teknolojinin işlevi (önleyici, tanıya veya tedaviye yönelik olması), nasıl kullanıldığı (endikasyonların belirlenmesi, kötüye kullanım vb), bu teknolojilere erişimdeki eşitsizlikler kuşkusuz önemlidir, fakat asıl belirleyici olan tıbbi teknoloji gelişimi, üretimi ve kullanımının kimlerin elinde olduğu veya bunlar üzerindeki kontrolün kimde olduğudur. Tıbbi teknolojinin kendisinden çok hangi motivasyonlarla (kar sağlamak veya toplumun gereksinimlerine yanıt vermek) geliştirildiği, üretildiği ve kullanıldığı önemlidir, çünkü bu motivasyonlar tıbbi teknolojinin işlevini, kullanımını ve bu teknolojilere erişimi belirlemektedir.

TIBBİ TEKNOLOJİNİN DİNAMİKLERİ

Geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısına kadar tıbbi cihaz çeşidi sayısı 100 civarında iken, bu sayı bugün 10 bin kadar grup altında 400 bini aşmıştır (bazı kaynaklarda 1 milyondan fazladır). Her yıl yüzlerce yeni tıbbi teknoloji piyasaya sunulmaktadır.

Dünyanın pek çok coğrafyasında her gün birçok insan, geliştirdiği yeni bir teknoloji için patent başvurusunda bulunur. Örneğin Dünya Fikri Mülkiyet Örgütü'nün (WIPO) araştırmasına göre geçtiğimiz yıl Çin'de 825 bin, ABD'de 578 bin ve Japonya'da 325 bin yeni patent başvurusu yapılmıştır. Dünya patent başvurusu sıralamasında 24. olan Türkiye'de, Türk Patent Enstitüsü verilerine göre 2015 yılında 20 binin üzerinde patent ve tasarım başvurusu yapılmıştır. Kuşkusuz bunların bir kısmı da yeni tıbbi teknolojilere ilişkindir.

Patent başvurusu yapabilmek bürokratik bir süreçtir ve bir maliyeti vardır. Bu nedenle sayısını bilemediğimiz birçok teknolojik yeniliğin de kayıtlara girmemiş olabileceğini varsayabiliriz.

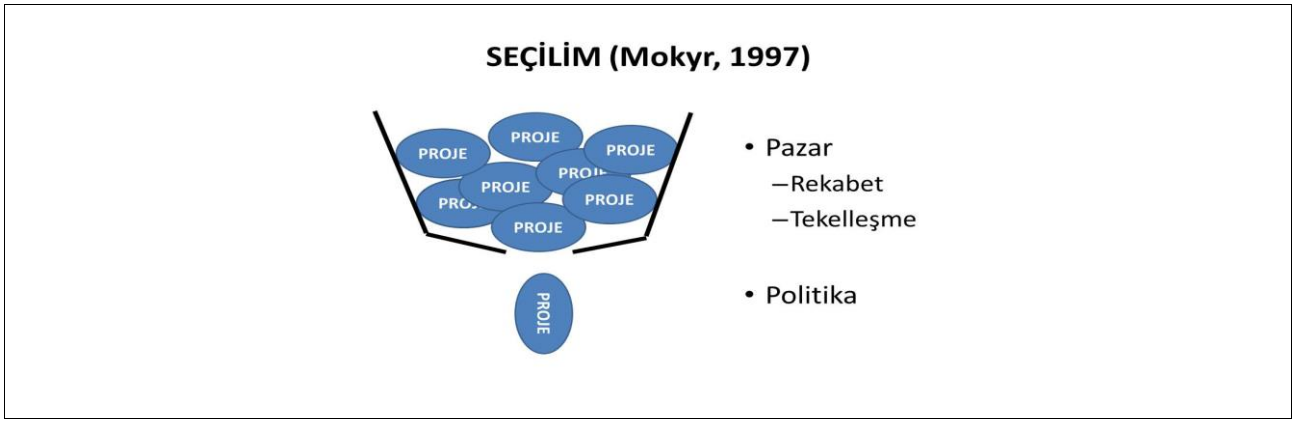
Günümüzde bilinen ve kullanılan teknolojiler, olası teknolojilerin çok küçük bir bölümüdür. O halde bir buluş veya tasarımın teknolojik yenilik olarak yaşamımıza girebilmesi için "*seçilebilmesi*" gerekir. Peki, bu "*seçim*" kim tarafından ve hangi ölçütlere göre yapılmaktadır veya diğer bir deyişle teknolojik yeniliklerden hangilerinin geliştirilmeye ve uygulamaya değer olduğuna kim karar vermektedir?

Örneğin bir cerrah ameliyatlarında kullandığı tıbbi gereçlerden birinde yapılabilecek bir değişiklikle ameliyatın hastalar için daha güvenli hale getirilebileceğini ve ameliyat süresinin kısaltılabileceğini ve maliyetinin azaltılabileceğini düşünse ve kendi olanaklarıyla geliştirdiği bu gereç için patent alsa, bu teknolojik yeniliği nasıl uygulamaya sokabilir?

Yeni teknolojilerin "seçilim" süreci

Mokyr'e göre yeni teknolojilerin "*seçilim süreci*", doğadaki "doğal seçilmeye" çok benzer bir süreçtir, fakat önemli bir fark vardır. Kapitalist toplumlarda bu seçilmenin yapıldığı yerler "*pazar*" ve "*politika*"dır ve doğal seçilimde belirleyici olan doğa koşullarına uyumda "üstünlük" iken, yeni bir teknolojinin seçilme için "uygunluğunu" belirleyen yalnızca "üstünlüğü" değil, aynı zamanda "*politik güç*" ve "*sosyal tercihler*"dir.

Gerçekten de sorun hangi teknolojik yeniliğin seçileceği konusunda "karar verme" sorunu olduğunda, toplumsal yaşamın diğer alanlarında kararlar "kimler tarafından" ve "nasıl" alınıyorsa, hangi teknolojik yeniliğin seçileceğinde de öyle alınacaktır.



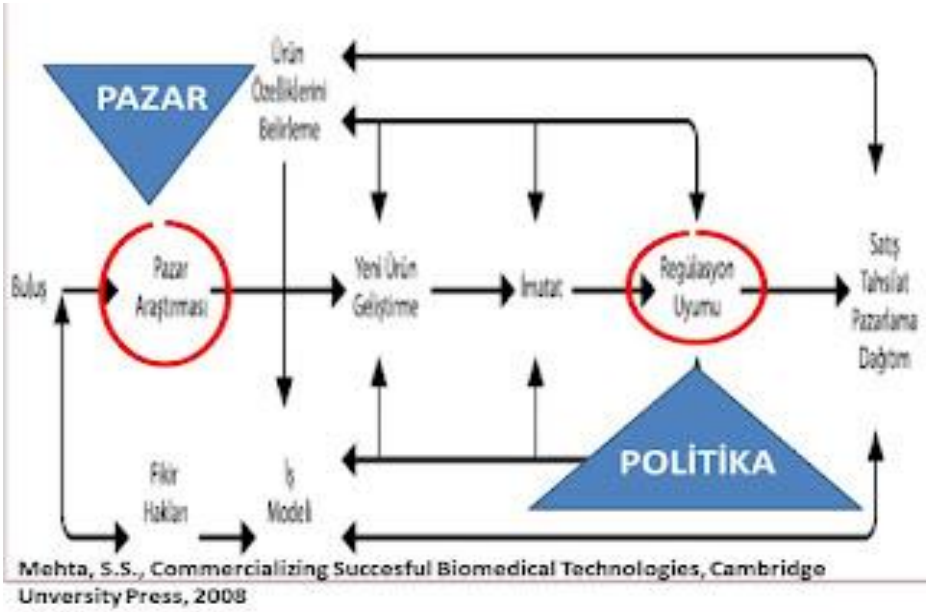
Kapitalist bir ekonomide "pazarın" yapısını belirleyen iki unsur vardır: "rekabet ve tekelleşme". Teknolojik ilerleme üretkenlikte devasa artışlar sağlar ve maliyetlerin, dolayısıyla fiyatların düşmesini sağlar. Bu durumda şirketlerin karlarını koruyabilmeleri için ölçeklerini büyütmeleri gerekir. Bunu başarabilen şirketler ayakta kalırken, başaramayanlar piyasadan silinirler. Kapitalist ekonominin kuralları tıbbi teknoloji için de geçerlidir ve tıbbi teknolojinin dinamiklerini belirler.

Günümüzde kapitalist ülkelerde sağlık ve tıp üzerinde önemli etkileri olan "tıbbi – sanayi kompleks", sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasına ve tıbbi teknolojiye kültürel yatkınlık ve ideolojik desteğe dayanan oldukça karlı bir sağlık sektörü oluşturmuştur. Son yıllarda dünyada silah sektöründen sonra en karlı ikinci sektör haline gelen sağlık sektörünün "başarısında" tıbbi teknolojinin önemli bir yeri vardır. ABD'de Nasdaq endeksinde biyoteknoloji hisseleri 2009 – 2015 döneminde 6 kat artmıştır. Bu "piyasada" gerçekten çok büyük paralar dönmektedir. Örneğin 2015 yılında Thermo Fisher, Life Technologies şirketini 13,5 milyar ve Zimmer Holding, Biomet'i 13,35 milyar dolara satın almıştır.

Sağlık sektörü yeni tıbbi teknolojilerle pazarlarını genişletmekte veya yeni pazarlar yaratmaktadır. Sağlık sektörünün bu "başarısında" devletin rolü büyüktür. Yeni teknolojiler için gerekli "risk sermayesinin" önemli bir bölümünü devlet karşılamakta, fakat ürünlerden elde edilen karı özel şirketler almaktadır. ABD'de 1975 yılında sağlık alanındaki ARGE etkinliklerine harcanan 4,6 milyar doların 2,8 milyonunu (yüzde 60,87) devlet üstlenirken, bugün bu oran daha da yükselmiştir.

Tıbbi teknolojilerin "seçilimi" sürecinde devlet (politika)

1976 yılında bir dizi tıbbi cihazın toplum sağlığı bakımından sakıncalı olduğunun anlaşılmasından sonra ABD'de yeni tıbbi cihazlar için Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration) tarafından "onaylanması" uygulaması getirilmiştir. Bu uygulama ile Gıda ve İlaç İdaresi de (FDA) yeni tıbbi teknolojilerin "seçilimi" sürecine katılmıştır. Yeni bir teknolojinin FDA onayı alabilmesi için "güvenli" ve "etkili" olduğunun kanıtlanması gereklidir. Bu uygulamanın özellikle "yüksek" risk grubuna giren tıbbi cihazlarda titizlikle yürütüldüğü ifade edilmektedir.



Mehta, S.S., Commercializing Succesful Biomedical Technologies, Cambridge University Press, 2008

FDA tıbbi cihazları şöyle tanımlamaktadır: "hastalık veya diğer tıbbi durumların tanısı, tedavisi, rahatsızlıkların hafifletilmesi, önlenmesi amacıyla kullanılan araçlar". Bu anlamda "önleyiciliği" kapsamına alması bakımından DSÖ tanımına daha yakın olsa da, önlemeyi tümce içinde "son" sıraya koyması dikkat çekicidir. Tıbbi cihaz alanında düzenlemeler, ilaca göre daha esnektir. Güvenlik kaygısı daha azdır. Tıbbi etkinlikten çok aracın üreticinin belirttiği işlevi yerine getirip getirmediğine bakılmaktadır.

FDA'nın yeni teknolojileri onaylama süreçleri birçok ülke tarafından benimsenmiş ve örnek alınmıştır. Ancak "gerçek yaşama" bakıldığında bu uygulamaların çok başarılı olmadığı gözlenmektedir. Ann Oakley obstetrik bakımda ultrasonun gelişimi ve uygulanmasını incelediği bir çalışmasında şu sonuçlara ulaşmıştır:

1.Tıpta teknolojik yenilik genellikle rasyonel bir süreç olmaktan çok rastlantısaldır. Glaskow'da ağır sanayide (çelik) kullanılan ultrasonun obstetride kullanımı buna bir örnektir.

2.Yeni bir tekniğin rutin uygulamaya girmesi için bilimsel değerlendirmeden geçmesi zorunlu bir önkoşul "değildir". Ultrason, etkililiği ve olası zararları bilimsel olarak "değerlendirilmeden" klinikte rutin uygulamaya girmiştir.

3.Yeni bir tekniğin deneysel kullanımı ile klinikte rutine girmesi arasındaki zaman "çok kısa" olabilir.

4.Ultrason gibi teknikler klinisyenlerin profesyonel kaynaklarını oluşturduklarından, teknoloji uygulanacak hamile kadının deneyimleri, düşünceleri ve rızası nadiren gerekli veya geçerli olarak göz önüne alınır.

Howard Waitzkin de İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında ABD'de koroner bakım birimlerinin (CCU) hızla yaygınlaşmasını değerlendirdiğinde, tıbbi teknoloji şirketleri ile akademik tıp merkezlerindeki klinisyenler ve araştırmacıların işbirliği ve özel hayır kurumları ile devletin desteği ile başlatılan karmaşık bir sürecin varlığını fark etmiştir.

ABD'de koroner bakım birimleri bu birimlerin etkinliği, verimliliği ve maliyetleri yeterince araştırılmadan yaygınlaştırılmıştır. Ancak 1970'li yıllarda İngiltere'de CCU'nin etkinliği ve maliyet – etkililiğine ilişkin yürütülen randomize klinik deneylerde CCU'nin çok az etkisi olduğu gösterilmiştir.

Waitzkin kapitalist ülkelerde tıp alanındaki "yeniliklerin" genellikle oldukça zayıf kanıtlar üzerinden tasarlandığını, kabul edildiğini ve yaygınlaştırıldığını ileri sürmektedir. Daha sonra yapılan kontrollü çalışmalarda bunlardan bazılarının yeterince etkili olmadığı, hatta bazen etkisiz oldukları ortaya çıkmaktadır.

Bunlardan bir kısmı hemen terk edilmektedir (örneğin peptik ülserde gastrik freezing veya angina pektoriste internal mammarian arterin bağlanması). Ancak CCU gibi yalnızca "özgül vakalarda" yarar sağlayan bir tıbbi teknoloji söz konusu olduğunda, uygulama terk edilememekte, ayrım yapılmaksızın bütün hastalara uygulanmaya devam edilmektedir. Oysa bu hastaların birçoğu için CCU maliyetlidir ve etkili değildir.

Tıbbi teknolojide pazar mantığı

"Serbest piyasalarda" tıbbi teknolojideki ilerlemelerin kalitenin arttırılmasına, hem de müşterilere satılan mal ve hizmetlerin maliyetlerini azaltmaya yönelik olduğu ileri sürülmektedir. Serbest pazarda teknolojik ilerleme sürecinin işleyişi şöyle aktarılmaktadır:

- Üretici şirket piyasaya yeni ürettiği bir teknolojik yeniliği sunar. Başlangıçta fiyat göreli olarak yüksektir. Bunun nedeni teknolojik yeniliğin maliyetinin çok yüksek oluşudur.
- Teknolojik yenilik piyasaya sürüldükten sonra kar güdüsüyle rekabet eden şirketler ürünleri için pazarı büyütmeye çalışır. Daha çok satmak isteyen şirketler ürünlerinin fiyatlarını "herkesin" alabileceği düzeylere indirebilmek için maliyetlerini azaltıcı yenilikler aramaya başlar.
- Sonunda daha maliyet – etkili teknolojilerle maliyet düşer ve bundan "herkes" kazanır.

İlk bakışta oldukça mantıklı görünen bu kuram "gerçek yaşamda" çok karşılık bulamamaktadır. Tıbbi teknolojideki yenilikler yukarıda anlatılan sürecin "sonuna" gelinemeden eskimekte ve yenini daha yeni bir pahalı tıbbi teknolojiye bırakmaktadır. Günümüzde bu sürecin 18 aya kadar indiği belirtilmektedir.

Serbest pazarı savunanlar ise bu gerçekleri görmezden gelerek sorunun "kamunun ve sigorta şirketlerinin ödeme yöntemi" olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre insanlar diğer bütün mal ve hizmetleri doğrudan "cepten ödeyerek" satın alırken, sağlık harcamalarının yüzde 85'inde araya sigorta şirketleri girmektedir. Bu durum sağlık hizmeti müşterisinin parasıyla hangi teknolojiyi veya tıbbi işlemi satın alacağına kendisinin karar vermesini önlemektedir.

Sigorta şirketleri ve devlet, hangi müşteri için hangi tıbbi teknoloji ve işlem kullanılırsa bunun bedelini ödeyeceğine karar vererek, müşteri yerine seçim yapmaktadır. Bir tıbbi teknoloji veya işlem, sigorta şirketi veya devletin ödeme listesine girdiğinde, bu piyasa için bir "standart fiyat" oluşturmaktadır. Bu durumda bakım kalitesi iyileşmekte fakat maliyet de artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin maliyetinin artmasının nedeni, kamusal sigortaların tıbbi teknolojide serbest piyasanın oluşmasına olanak vermemesidir. Yeni bir tıbbi teknoloji çıktığında bu teknoloji doğal olarak pahalıdır. Serbest pazar mekanizmalarının işlemesine izin verilse, şirketler kendi aralarında rekabet edecek ve daha maliyet – etkili yeniliklerle teknoloji ucuzlayacaktır. Fakat kamusal

sigortalar bu süreç işlemeden, yeni teknoloji çıkar çıkmaz ödeme planına aldığından, sürecin maliyet düşürücü aşaması gerçekleşememektedir.

Pazarın yüzde 85'ini kamusal sigortalar kontrol ettiğinden, tıbbi teknoloji girişimcileri kamusal sigortaların ödeme planına aldığı teknolojiler için yeni pazarlar arayışı içinde maliyetlerini azaltmaya gerek duymamaktadır. Bu nedenle tıbbi teknoloji girişimcileri mevcut teknolojilerini daha maliyet – etkili hale getirmeye çalışmak yerine, yeni teknolojilere odaklanmaktadır. Örneğin bazı yeni antibiyotikler yalnızca yüzde 2 daha etkili, fakat yüzde 100 daha maliyetli olabilir.

Ayrıca hükumetler tıbbi teknolojiyi kısıtlamak amacıyla girişimcilere yeni donanım satın alabilmeleri için "Gereksinim Sertifikası" (Certificates of Need) alma zorunluluğu getirmiştir. Böylece hükumet harcamalarının Kanada'da olduğu gibi azaltılması amaçlanmaktadır. Bu uygulama rüşvetin önünü açtığı gibi, bekleme sürelerini de uzatmıştır.

Kanada, Almanya ve İngiltere gibi sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği ülkelerde sağlık harcamalarının ABD'ninkinden az olmasının nedeni sosyalleştirmenin daha maliyet – etkili olması değil, sosyalleştirme altında tıbbi teknolojide daha az yenilik olmasıdır. Bu durum bu ülkelerde yaşayanları bir yandan daha geri teknolojiye mahkum ederken, diğer yandan bekleme sürelerini uzatmaktadır. Bu ülkelerden insanlar sağlıkları için beklememek ve mümkün olan en ileri teknolojiden yararlanabilmek için ABD'ye gelmektedir.

Yine ilk bakışta mantıklı görünen bu savunmalar sağlık hizmetinin en önemli özelliklerinden biri olan "bilgi asimetrisini" görmezden gelmektedir. Arada kamu veya sigorta şirketi olmasa, hastanın (müşterinin) kendisi için "en iyi" teknolojiyi kendisinin seçebileceği varsayımı bilgi asimetrisinin bu kadar derin olduğu bir alanda olanaksızdır. Ancak sorun sadece bilgi asimetrisi değildir. Serbest pazarın fiyatları düşürücü en önemli ögesi olduğu iddia edilen "rekabetin" gerçek yaşamda ne kadar var olduğu çok tartışmalıdır.

Tıbbi teknolojide "gerçek" pazar dinamikleri

Dünyadaki en büyük 30 tıbbi cihaz şirketi, küresel pazarın yüzde 89'una hakimdir. Geri kalan 27 bin büyük ölçekli şirket ise pazarın geri kalan yüzde 11'ini paylaşmaktadır. En büyük 30 şirket içinde ilk beş şirketten dördünün ve ilk on şirketten yedisinin merkezleri ABD kökenlidir. 30 şirketin hepsinin merkezleri gelişmiş batı ülkelerinde ve Japonya'da bulunmaktadır.

Bu duruma rağmen piyasaya sürülen yeni tıbbi teknolojilerin genellikle dünyanın en büyük tıbbi teknoloji devleri tarafından değil, aksine adı duyulmamış küçük şirketler tarafından geliştirilmesi ilk bakışta şaşırtıcı görünebilir (bu durum tıbbi cihaz sektörü için geçerlidir, farmasötik endüstride tersi yaşanmaktadır). Ancak olayın perde arkasına bakıldığında çok farklı bir tabloyla karşılaşılmaktadır.

Büyük şirketler (veya yaygın tabirle "girişim sermayesi" fonları) tıbbi cihaz sektöründe gelecekte başarılı olabileceğini düşündükleri teknolojileri kendileri geliştirmek yerine, spin-off (büyük bir şirketin küçük bir bölümünün ayrılmasıyla yeni bir şirket kurulması) veya start-up'lar (risk sermayesinin yatırımcılar tarafından üstlenildiği yeni şirketler) şeklinde küçük şirketlere bırakmayı tercih etmektedir. Bu fonlamalardan doğan pek çok küçük şirket başarısız olmakta, ancak içlerinden çok küçük bir kısmı beklendiği şekilde geliştirdiği yeni bir teknoloji ile yeni bir pazar oluşturmaktadır. Bu noktadan sonra dev şirketlerden biri yeni parlayan şirketi satın alarak pazar hakimiyetini geliştirmeye veya korumaya devam etmektedir. İlk bakışta Nasrettin hocanın yumurtaları boyayarak satıp, "boyadan kazandığını" söylemesine benzeyen bu yöntem, büyük şirketler için maliyetlerini azaltmakta çok etkili bir yöntemdir. Özetle "gerçek yaşamda" serbest piyasayı savunanların iddia ettiği gibi bir "rekabet" değil, aksine "tekelleşme" söz konusudur.

Sağlık teknolojisi değerlendirmesi (Health technology assessment)

Gelişmiş ülkelerde tıbbi cihazların güvenlik, etkinlik ve maliyet – etkililiğini değerlendirme mekanizması "Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi"dir (HTA). Değerlendirme teknolojik müdahalelerin potansiyel fayda ve risklerini değerlendirmeye ve karşılaştırmak için oldukça yüksek teknolojik yöntemler kullanır. Tıbbi cihazın teknik performansına ilişkin riskleri, güvenliği ve etkinliğinde kanıta dayalı yönetişim rejimleri kullanılır. Maliyet – etkililik kaygısı farmasötik ürünlere göre daha azdır.

HTA esas olarak "kanıta dayalı tıp" yöntemine dayanmaktadır ve teknik olarak belirli adımlar izlenerek gerçekleşmektedir. Ancak "aynı" teknik kullanılmasına rağmen, değişik ülkelerde "farklı" sonuçlara ulaşıldığı dikkat çekicidir. Bunun nedeni sağlık teknolojilerini değerlendirme "amacının" farklı olmasıdır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yönergesi" incelendiğinde, yönergenin "gerekçesinde" amacın maliyet – etkinlik değerlendirmesi olduğu açıkça ifade edilmektedir. Dolayısıyla Türkiye'de yapılan HTA çalışmalarının "pazar" unsurunu merkezine alması şaşırtıcı değildir. Oysa Küba'nın "Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yönergesi" incelendiğinde, değerlendirmede "pazar değil, sağlık kriterlerinin" kullanıldığı çok açık bir şekilde ifade edilmiştir.

Bu durumu Havana Immunoassay Merkezi Başkanı José Luis Fernandez Yero kendisiyle yapılan bir söyleşide şöyle ifade etmektedir:

> "*Genel olarak teknoloji, gereksinimi olan insanlar teknolojiye ülkenin her yerinde ulaşabiliyorsa, sağlık bakımını kapsamını eldeki kaynaklarla olabildiğince etkili iyileştirebiliyorsa uygundur. Olabildiğince etkili diyorum, çünkü uygun teknoloji ekonomiden daha adildir. Yalnızca ekonomik mülahazaları dikkate alırsanız, en ucuz teknoloji daima en iyi teknoloji olacaktır ve daha az ekonomik fakat daha etkili teknolojiler ve ilaçların asla şansı olmayacaktır*".

Diğer yandan kimi durumlarda "politik" mülahazalar öne çıkmakta ve maliyet etkililik kaygılarının önüne geçebilmektedir. Waitzkin'in ABD'de koroner bakım birimlerinin yaygınlaşması üzerine değerlendirmesi buna güzel bir örnektir:

1960'lı yıllarda Koroner Bakım Birimleri'nin (CCU) gelişmesiyle kalp krizi geçiren hastalar için yoğun bakım hızla yaygınlaşmıştır. CCU, kalp krizlerinin doğasına ilişkin patolojik ve fizyolojik bulgulardan kaynaklanmıştır. Kalp krizi geçiren hastanın kalp kaslarının bir kısmı ölür ve bu ölü doku birkaç gün kalbin elektriksel sisteminde istikrarsızlığa neden olur. Bu nedenle oluşan aritmiler hastanın ölümüne neden olabilir. Araştırmacılar 1950'lerde bu tür aritmileri erken yakalandıkları takdirde kontrol altına alabilecek teknikler (lidokain enjeksiyonu, defibrilasyon uygulaması) geliştirmişlerdir. CCU'nin amacı kalbin ritmini sürekli izlemek ve gerektiğinde müdahale etmektir. Ancak CCU'nin mortaliteyi azaltmakta etkili olduğuna ilişkin bilimsel bir çalışma yapılmamıştır.

ABD'de bu konuda ciddi bir çalışma yapılmazken, İngiltere'de yapılan çalışmalar CCU'lerinin yalnızca belirli endikasyonlarda faydalı olduğunu, ancak "genel" kullanımda mortaliteyi azaltmakta etkili olmadıklarını ortaya koymuştur. Buradan her kalp krizi vakasının CCU'de izlenmesinin gerekli olmadığı, fakat uygun endikasyonlarda CCU'nin etkili olduğu sonucu çıkmaktadır.

Buna rağmen ABD hastaneleri hızla CCU'leri açmış ve her kalp krizi vakası bu birimlerde izleme alınmıştır. Bilimsel kanıtların her hastanın bu "pahalı" birimlerde tedavisine gerek olmadığını göstermesine rağmen CCU'nin hızla yaygınlaşmasının bir nedeni olması gerekir.

Waitzkin'e göre koroner bakımın politik ekonomisinde kilit rol oynayan ögeler şunlardır: şirketler, akademik hastaneler, hayır kurumları, devlet ve sağlık bakımı emek gücünde değişim. Kapitalist

sanayilerin hayatta kalabilmeleri için yeni ürünler üretmeleri ve satmaları gerekir. CCU'nin hizmete girmesinden sonra ortaya şöyle bir tablo çıkmıştır: birçok insan en basit tıbbi hizmetlere erişemezken, hastanelerde CCU enflasyonu yaratılmıştır.

Büyük şirketler ABD'de CCU'nin araştırma, geliştirme, teşvik ve çoğalma olmak üzere bütün evrelerinde rol almışlardır. 1970'lerde Warner – Lambert İlaç Şirketler Grubu'nun bir üyesi olan Amerikan Optik Şirketi ABD hastanelerinin ve hekimlerin CCU'ni benimsemesi için çalışmaya başlamıştır. Hiçbir kanıt olmadığı halde promosyon belgelerinde CCU'nin kalp hastalıklarının morbidite ve mortalitesini azaltmakta etkili olduğunu belirtmiştir. Şirketin bu alandaki ilk ürünleri Amerikan Optik Kardiyometre, (bir izlem ve resusitasyon cihazı), Lown Kardioverter (ilk doğru akım defibrilatör), ve Yoğun Kardiyak Bakım Sistemi'dir (16 hastanın aynı anda izlemini sağlayan, kayıt araçları, nabız ölçümü ve alarmdan oluşan bir sistem). 1968 yılında şirket yeni izlem cihazları ve pacemakerlar geliştirmiştir. 1969 yılında şirket talebi karşılayabilmek için üretim tesisini iki katına çıkartmıştır.

Ancak bir süre sonra pazar doymuş, şirket yeni pazar arayışına girmiştir. İlk çözüm başta Latin Amerika olmak üzere dış pazarlara açılmaktır. Ancak bu pazarında doyacağını öngören şirket 1975 yılında iki yeni cihaz üretmiştir: Pulsar 4 (paramedikler tarafından kullanılabilecek taşınabilir defibrilatör) ve Bilgisayar Destekli İzlem Sistemi. Böylece şirket ABD'de daha önce hastanelere sattığı cihazları, yeni ürettikleriyle değiştirmeyi başarmıştır. Şirket son olarak ayaktan hastalarda kalp krizi veya ritm bozukluğunu önceden kestirmeye yönelik tasarlanmış EKG cihazları geliştirmiştir.

Medyada CCU'leri gibi tıbbi teknolojinin "başarı" haberleri genellikle bütün "insanlığa" bir müjde olarak sunulmaktadır. Oysa tıbbi teknolojinin vaat ettiği gibi daha doğrudan, etkili ve üniversal çözümler ürettiğini iddia edebilmek çok zordur. Navarro'ya göre sermayenin önceliklerinin bizzat sağlık sorunları yaratması bir yana, yüksek teknolojilere dayalı tedaviler, yalnızca bu tedavileri satın alabilenlere uygulanmakta ve genellikle geç kalınmış olmaktadır.

Toplum sağlığı teknolojileri

Tıbba egemen olan biyomedikal paradigma "tedavi" hizmetlerine öncelik ve ağırlık verdiğinden, tıbbi teknoloji söz konusu olduğunda da genellikle akla önce "tedavi hizmetlerinde kullanılan teknolojiler" gelmektedir. Oysa toplumcu tıbbın öncelik ve ağırlık verdiği "önleyici hizmetlere" yönelik teknolojiler de vardır ve bu alanda geliştirilen teknolojilerin sayıları az olsa da, geçen iki yüzyıl içinde mortalite ve mortalitenin azaltılmasına önemli katkılarda bulunmuşlardır.

Önleyici tıbbi teknolojiler arasında ilk akla gelenler pastörizasyon, sanitasyon, bağışıklama, gıda katkıları ve emniyet kemeridir. Bu tür teknolojiler "toplum sağlığı teknolojileri" (TST) olarak adlandırılmaktadır.

TST bireyler yerine "toplumu" etkileyen müdahalelere odaklanmaktadır. Önleyiciliğe vurgu yaparak bireye odaklı tıbbi bakım yerine, sağlığı toplum düzeyinde iyileştiren teknolojileri öne çıkartmaktadır. Bu nedenle TST'leri tanı ve tedavi modaliteleri gibi biyomedikal teknolojiler yerine önleyici, davranışsal, çevresel, sosyal ve sistem – yönelimli teknolojileri kapsamak eğilimindedir.

TST'nin çekirdek ilkesi sağlık müdahalelerinin geliştirilmesinde işbirlikli, çok disiplinli bir yaklaşımı benimsemesidir. TST şu konulara yoğunlaşır:

- Sürveyans ve kontrol
- Çevresel izlem ve kirliliğin önlenmesi
- Gıda ve su güvenliliği
- Sağlık iletişimi ve davranış değişikliği
- Kendi kendine bakım ve kronik hastalıkların yönetimi
- Toplum taramaları
- Kazaları önleme ve kontrol
- İyilik ve sosyal izolasyon
- Sağlıkta eşitsizlikler

TÜRKİYE'DE TIBBİ TEKNOLOJİ

Türkiye sağlık ortamında tıbbi teknoloji üzerine tartışmalar tıbbi teknolojinin politik ekonomisinden çok, tıbbi teknolojinin "gereksiz" kullanımı ve tıbbi teknolojinin hekimlik uygulamaları üzerine etkileri ile etik sorunlara odaklanmaktadır. Türk Tabipleri Birliği'nin yayın organı Toplum ve Hekim dergisinde yayınlanmış birkaç makale dışında konunun politik ekonomi yönü fazla irdelenmemiştir. Tıbbi teknolojinin gereksiz kullanımına ilişkin makalelerde bu teknolojilerin etkinliği sorgulanmakta, endikasyonların yeterince spesifik olmadığı belirtilmektedir.

Kendi web sayfasında yayınladığı bir makalesinde Prof. Dr. Murat Yayla, obstetride "rutin" olarak kullanılan fetal kalp hızı takibinin serebral palsi oranını düşürmediği gibi sezaryen oranının artışıyla ilişkili olduğunu ve fetal oksimetrenin ne azalmış sezaryen oranıyla ne de yeni doğanın iyilik haliyle ilişkili olduğunu belirtmektedir. Gebelikte ultrasonun uzamış ve sık kullanımının fetüs beyin gelişimi, hareketleri ve vücut ağırlığı anomalilerine neden olduğunu gösteren bazı hayvan deneylerinin bulunduğunu belirten yazar, bir "test kirliliği" olduğundan yakınmaktadır.

Boğaziçi Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü'nden Prof. Dr. Mehmed Özkan ise Türkiye'de tıbbi sarf malzemesi ve cihazlara 1,5 – 2 milyar dolar harcandığını ve bu rakamın yüzde 95'inin ithal ürünlere ödendiğini belirtmektedir. Prof. Dr. Ahmet Usta da, firmaların tıbbi cihaz satışından çok, sarf malzemesi satışından kar sağladığını, bu nedenle birçok firmanın hastanelere tıbbi cihazları "ücretsiz" kurduğunu ifade etmektedir.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Tevfik Özlü "tıbbi öykünün yerini, üstün teknoloji destekli laboratuvar tetkikleri tutamaz" diyerek hekimleri hastalarını "dinlemeye" davet ederken, Türk Tıp Tarihi Kurumu ve Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği Başkanı Prof. Dr. Ayşegül D. Erdemir, tıbbi teknolojiyi tıbbi etik bağlamında değerlendirdiği bir makalesinde hasta ile hekim arasına "aletlerin" girmesiyle değişen hasta – hekim ilişkisinin "etik" sorunlar doğurabileceğinden endişe etmektedir. Erdemir,

> "*insani ilişkileri ve ahlaki davranışları inceleyen tıp etiği, ileride acaba hastanın hekimi pek görmeyeceği bir ortamda neyin ahlaki değerlerini inceleyecektir*?"

sorusunu sormaktadır.

Tıbbi cihaz sektörünün büyüklüğü ve yapısı

Türkiye'de tıbbi cihaz sektöründe faaliyet gösteren firma sayısında son yıllarda artış gözlenmektedir. Sektör temsilcileri medikal sektöründe 6.000 civarında firmanın faaliyette bulunduğunu ve bunlar arasında 2.500'ün üzerindeki firmanın tedarikçi olduğu belirtilmektedir.

Sektörün yapısı, Türkiye'nin sanayi sektörünü yansıtmaktadır. Diğer sektörlerde olduğu gibi tıbbi cihaz sektörü oluşturan şirketlerin yüzde 90'ından fazlası "küçük" ölçeklidir. Sektördeki 450 civarında orta ve büyük ölçekli firmanın yaklaşık 100 tanesi üretici ve ihracatçı firma olup, geniş bir yelpazede üretim faaliyetinde bulunmaktadır.

Ancak Türkiye'deki tıbbi cihaz sektörünün kimi "özgün" yanları da vardır ve çok tartışılmayan bu "özgünlükler" Türkiye'de tıbbi teknolojinin dinamiklerinin anlaşılmasında önemlidir:

Samsun'da cerrahi el aletleri üretimin geçmişinin 35 yıl öncesine dayandığını ifade eden Samsun Valisi İbrahim Şahin,

> "*Bu sektörle ilgili olarak dünya genelinde 3 ülkede kümelenme var. Almanya, Pakistan ve Türkiye'de. Türkiye'de de bu işi Samsun göğüslemiş durumda. Tıbbi alet sektörü silah kaçakçılığından çıkmış. 12 Eylül'e kadar bu arkadaşların babaları, ağabeyleri merdiven altlarında kaçak silah üretiyorlardı. 12 Eylül'den sonra 'durun arkadaşlar artık size silah sattırmıyoruz' dedikten sonra bu arkadaşlar aynı hammaddenin kullanıldığı cerrahi alet üretmeye başlıyorlar" şeklinde konuştu*" (Milliyet Gazetesi).

Türkiye'deki tıbbi cihaz şirketleri son yıllarda artan ölçüde "yabancı" şirketler tarafından satın alınmakta veya şirket birleşmeleri yapılmaktadır. Partners in Life Sciences (İngiltere) Betasan Bant Sanayi'ni satın almış, AlvimedicaApS (Hollanda) Nemed'in yüzde 85 hissesini, Global Capital Management (Kuveyt) Bıçakçılar'ın yüzde 75'ini, Svenska Cellulosa Aktiebolaget (İsveç) San Sağlık Ürünleri'nin yüzde 95'ini satın almıştır.

Tıbbi cihaz sektörünün tüm istihdam içindeki oranı yaklaşık yüzde 9'dur.

Türkiye'de tıbbi cihaz sektörü "net ithalatçıdır". Cihazların çoğu ya da kritik parçaları yurt dışından ithal edilmektedir. Toplam ithalat 1996 yılında 354,35 milyon dolar iken, bu rakam 2005 yılında (10 yıllık sürede yaklaşık 3,5 katı artarak) 1,26 milyar dolara ulaşmış, 2013 yılında ise 1996 yılındaki değerin 6,5 katına çıkmış ve 2,35 milyar dolara ulaşmıştır. Sektörün en çok ithalat yaptığı ülkeler ABD, Almanya, Japonya, İtalya, Çin, Hollanda, İrlanda, Fransa ve İsviçre'dir.

Tablo.2 Yıllar İtibariyle Türkiye'nin Medikal İthalatı (Milyon $)

Yıllar	2007	2008	2009	2010
Milyon $	1.857	2.087	1.696	2.108

Kaynak: Dış Ticaret Müsteşarlığı (DTM)

Tablo.3 Yıllar İtibariyle Türkiye'nin Medikal İhracatı (Milyon $)

Yıllar	2007	2008	2009	2010
Milyon $	166.1	183.8	187.1	189.1

Kaynak: Dış Ticaret Müsteşarlığı (DTM)

Türkiye'nin ithal ettiği ürünlerde 2009 – 2013 arası ithalat toplamına bakıldığında, "Tıbbi Sarflar" kategorisinde 2,21 milyar dolar ile en yüksek ithalat gerçekleşmiş olup, bu rakam geçmiş 18 yıllık toplam tıbbi sarf ithalatının yarısına yakındır. İthalat içinde en yüksek payı olan kategoriler sırasıyla Ortopedik Cihazlar ve Protezler (diş hariç 1,45 milyar dolar), Tanısal Görüntüleme Cihazları (1,39 milyar dolar), Diğer Elektronik Cihazlar (1,30 milyar dolar) ve Diğer Tıbbi Cihazlar (1,09 milyar dolar) kategorileridir.

Toplam ihracat 1996 yılında 23,6 milyon dolar iken bu rakam 2005 yılında (10 yıllık sürede yaklaşık 4 katına çıkarak) 96,29 milyon dolar, 2009 yılında 187 milyon dolara ulaşmış, 2013 yılında ise 1996 yılındaki değerin yaklaşık 16 katına çıkmış ve 386,92 milyon dolara ulaşmıştır.

Türkiye'nin 1996 - 2005 yılları arasındaki 10 yıllık toplam ihracatı, 442,27 milyon dolar iken, 2013 yılı için bu değer 386,92 milyon dolardır. 2013 yılı için ihracatın ithalatı karşılama oranı ise yüzde 17'dir. 100'ün üstünde ülkeye ihracat yapılmaktadır. Önemli ihracat pazarları Almanya, Azerbaycan-Nahcivan, Irak, ABD, İran, Fransa, İtalya, Rusya Federasyonu, KKTC, Mısır, Hollanda, Suriye, Ürdün, Cezayir, Kazakistan ve Türkmenistan'dır.

2009 -2012 Arası şirket birleşmesi/satın alma (milyar dolar)

Euromedic International	Oylat Diyaliz Merkezi	2009	N/D	100%
The Carlyle Group	Medical Park Hospital Group	2009	N/D	40.0%
Rhea Investments	Dentistanbul	2010	0.2	100%
NBK Capital (Swan Holding)	Dünya Göz Hastanesi	2010	N/D	30.0%
Argus Capital Partners & Qatar First Investment Bank	Memorial Health Group	2010	N/D	40.0%
ADM Capital	Kemer Medical Center	2011	27.0	N/D
ADM Capital; PGGM N.V.; IFC	Universal Hospitals Group	2011	140.0	26.0%
Etheriba Capital; NBGI Private Equity	BirgMefar Group	2011	N/D	N/D
Global Investment House	Bıçakçılar Tıbbi Cihazlar	2011	N/D	80.0%
Mid Europa Partners	Kent Hospital	2011	N/D	65.0%
Mineks International	Istanbul Cerrahi Hastanesi	2011	60.0	80.0%
NBGI Private Equity	Sante Group	2011	N/D	N/D
Integrated Healthcare Holdings	Acibadem Sağlik Hizmetleri	2011	1,260.4	75.0%
Amplifon	Maxtone	2012	1.3	51.0%
Integrated Healthcare Holdings	Acibadem Sağlik Hizmetleri	2012	88	6.5%
Acibadem Sağlik Hizmetleri	Jinemed	2012	8	65.0%
Bureau Veritas	Kontrollab	2012	N/D	100%
Fresenius	Ren Grup Diyaliz	2012	N/D	100%
Euromedic International	Ultra Görüntüleme Merkezi	2012	N/D	100%

Tıbbi cihaz sektörü ne üretiyor?

Türkiye'de üretilen başlıca tıbbi cihazlar ameliyat masaları ve lambaları, anestezi cihazları, jinekolojik masalar, cerrahi aspiratörler, oksijen verme cihazları, röntgen cihazları, şırıngalar, iğneler, buhar ve kuru hava sterilizatörleri, kan alma koltukları, tıbbi gaz sistemleri, elastik bandajlar, hasta yatakları, dişçi üniteleri, cerrahi aletler, drenaj, stent, kateter ve sondalar, taş kırma cihazları, sedyeler, kan ve kan ürünleri, alma verme setleri, kan torbaları, ameliyat ve muayene eldivenleri, hasta başı monitörleri, ortopedik protezler, ortopedik onarım malzemeleri, ameliyat örtüleri ve katküt, santrifüjler, gazlı bez ve pamuk, elektrokoter, röntgen banyo solüsyonları, ameliyat iplikleri, diş hekimliği onarım malzemeleri, tıbbi maskeler, kan saklama dolapları, biyotaşıyıcılar, defibrilatör, serum setleri ve paslanmaz çelik ürün grubu olarak sıralanabilir.

2010 yılında Türkiye 1,9 milyar dolar ile dünyada 19. büyük pazar iken, 2013 yılında 21. sıraya düşmüştür. Türkiye tıbbi cihaz sektörü pazarı şöyle şekillenmektedir:

% 16,3 ortopedik ve protez malzemeler

% 16,9 sarf malzemeleri

% 22,8 tanısal görüntüleme cihazları (EKG, Ultrason, MR, Sintigrafi; X, alfa, beta veya gama ışınlı cihazlar, X ışınlı tüpler ve jeneratörler ve muayene için kullanılan diğer yardımcı cihazlar; bunların aksesuarları)

% 27,4 tekerlekli sandalyeler, tıbbi amaçlı mobilyalar, oftalmik araç gereçler ve diğer araç gereçler

Dünya Tıbbi Cihaz Pazarı (2008-2013)

Sıra	Ülke	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	ABD	100,35	94,42	107,91	117,91	118,92	127,09
2	Japonya	21,23	21,64	26,06	29,22	32,43	29,75
3	Almanya	19,80	19,62	20,74	23,77	23,12	25,66
4	Çin	6,17	7,34	9,42	11,82	14,09	17,14
5	Fransa	12,39	12,26	13,06	13,97	13,54	14,86
6	İngiltere	10,73	9,68	9,41	9,66	9,90	9,89
21	Türkiye	2,15	1,74	2,04	2,39	2,24	2,43
	Dünya Toplamı	256,17	245,3	274,45	303,12	308,33	327,71

AKP'nin siyasi tercihlerinin tıbbi cihaz sektörü üzerine etkileri

AKP hükumetinin sağlık alanındaki siyasi tercihlerini esas olarak sermayenin talepleri belirlemektedir. Ancak sermayenin talepleri karşılanırken toplumun sağlık talepleri sermayenin taleplerine eklemlendirilmektedir.

Sermayenin esas talebi sağlıkta karlılığın arttırılmasıdır. Toplum sağlık konusundaki "yanlış bilinçlendirmenin" bir sonucu olarak yalnızca bir sağlık sorunu olduğunda tıbbi hizmetlere erişim talep etmektedir. AKP'nin sağlık politikaları sağlık yatırımlarını büyütmek + emek ücretini azaltarak karı azamileştirmek, böylece büyük ulusal ve küresel sermayeye yüksek karlılık aktarmak ve hizmeti ucuzlatarak toplumun erişimi arttırmaktır.

Bu politika içinde tıbbi teknoloji önemli bir yere oturmaktadır. Türkiye'yi sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmek isteyen AKP, sağlık alanında yabancı sermaye ve yüksek tıbbi teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla sağlık serbest bölgeleri kurmaya çalışmaktadır.

AKP'nin tıbbi teknoloji tercihleri: Onkoloji örneği

Toplum içinde etkili bir tedavisi olmayışı ve mortalitesinin yüksekliği nedeniyle en çok korkulan hastalıkların başında gelen kanser, Türkiye'de ve dünyada toplumların tıbbi teknoloji talebinin ana kaynaklarından biridir. Toplumun "yaşlanmasıyla" giderek yaygınlaşan hastalığa Türkiye'de her yıl 160 bin kadar insan yakalanmaktadır ve kanser ölüm nedenleri arasında ikinci sıraya yerleşmiştir.

Toplum kanserin tıbbi teknolojideki ilerlemelerle yenileceğine inanmakta, yöneticiler ve tıp dünyası da toplumun bu inancını besleyen açıklamalar yapmaktadır. Tıbbi kanıtlar da bu inancı desteklemektedir; buna göre eldeki teknolojiyle kanser vakalarını en az yarısı "önlenebilir" veya erken teşhis edilebilirse başarıyla tedavi edilebilir. Örneğin kolon kanserlerinin yüzde 90 kadarı erken teşhis edilirse tedavi edilebilmektedir.

AKP'nin tıbbi teknoloji tercihlerini en iyi yansıtan belge Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayınlanan "Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri, 2011 – 2023" başlıklı bir kitaptır.

Nitelikli sağlık insan gücü ve ileri teknoloji gerektiren, aynı oranda yüksek maliyetli olan özellikli tıbbi hizmet birimlerinin, bölge merkezli anlayışla planlanması öngörülen çalışmada, "üst bölge merkezlerine" tesis ve donanım bakımından ileri teknoloji ürünü ve yüksek maliyetli, alanında uzmanlaşmış, nitelikli sağlık insan gücü gerektiren kemik iliği, organ nakli merkezleri, cyberknife, mikrocerrahi uygulamaları, robotik cerrahi sistemi gibi özellikli sağlık hizmetlerinin verilmesine dair planlamalar yapılmıştır.

Kitabın "onkoloji" bölümünde, radyoterapi cihazlarının (Lineer hızlandırıcı - LİNAC),Co-60, Brakiterapi cihazı (HDR ya da LDR), Tomoterapi, Cyberknife, Gammaknife, Volumetric modulated arc therapy, Planlama sistemleri, Simülatör (Konvansiyonel / CT simülatör) ve PET-CT/PET (Pozitron Emission Tomography / Computed Tomography) planlaması sadece 1 ve 2. Grup illerdeki Kapsamlı Onkoloji Merkezleri ile Onkoloji Tanı Tedavi Merkezlerine yapılmıştır. Bu onkoloji merkezlerin olmadığı 3. Grup illere Radyoterapi cihazları ve PET-CT/PET planlaması uygun görülmemektedir.

Türkiye'de radyoterapi ünitelerinin kurumlara göre dağılımı 2011 verileriyle şöyledir:

Üniversiteler:	31
Sağlık Bakanlığı:	30 (5'i açılacak)
Özel:	38
TOPLAM:	95 (5'i açılacak)

DSÖ 300 hastaya 1 Megavoltaj tedavi aygıtı ve 900 hastaya 1 simülatör önermektedir. Sağlık Bakanlığı'na göre ülkemizde cihaz başına 400 – 500 hasta hedef olarak seçilirse, 2011 için toplam 222 Megavoltaj tedavi cihazı mevcut olmalıdır. Türkiye'deki C0-60 ve lineer hızlandırıcıların (LİNAC) 29 ilde toplamı 176 civarıdır (SB bağlı cihazlar 19 ilde). Ülkemizde mevcut tedavi cihaz sayısı dikkate alındığında yaklaşık 1 milyon nüfusa yaklaşık 1.8 LİNAC cihazı düştüğü görülmektedir.

Genel verimlilik açısından bakıldığında yıllık 500 hastayı tedaviye alacak bir Radyoterapi Merkezi "rakipsiz" olarak 600 bin civarında bir nüfusa doğrudan hizmet veriyor olmalıdır. Cihaz başına yıllık 250'den az hasta olması durumunda maliyet açısından verimli bir sağlık yatırımı olmadığı kabul edilebilir. Maksimum olarak bir cihazda yılda 750 hasta tedaviye alınabilir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye'nin mevcut kanser yükü ile 203 – 254 radyoterapi cihaz ihtiyacı olduğu hesaplamaktadır. Mevcut LİNAC sayı ise 176 civarıdır ve bu cihazların 40 tanesi 1960'ların teknolojisi seviyesinde kalmış olan Co-60 olup güncel radyoterapi uygulamalarında (3 boyutlu Konformal RT, IMRT) gereken etkinliği gösterememektedir. Buna ek olarak hizmet süresi dolmuş 10 – 15 yıllık cihazların güncellenmesi gerekmektedir.

Tercihlerin ardındaki politik – ideolojik çerçeve

Türkiye'de kanserler kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci büyük ölüm nedenidir. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı verilerine göre 2006 yılında Türkiye'de kanser insidansı erkekler için yüzbinde 245, kadınlar için 164'dür (yılda ortalama 145 – 160 bin yeni hasta). Aslında Sağlık Bakanlığı ülkemizdeki kanser kayıtlarının çok iyi olmadığını itiraf etmekte, rakamların bilinenlerin çok üzerinde olabileceğini belirtmektedir. Bu açıdan bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'nin en çok öldüren, en çok görülen ve en çok sakat bırakan sağlık sorunlarının ön sıralarında yer alan kanserler konusunda "özellikli planlama" yapması çok doğru bir yaklaşımdır.

İlk bakışta burada Sağlık Bakanlığı'ndan çok beklemediğimiz bir performans sergilenerek, oldukça iyi bir planlama örneği verilmiş görünmektedir. Çalışmaya çeşitli üniversitelerden ve eğitim hastanelerinden konunun uzmanları katkıda bulunmuştur. Planlama kendi içinde tutarlı görünmekte, eleştirilecek bir yanı bulunmamaktadır.

Oysa kanserle mücadelede dikkate alınacak başka kriterler de bulunmaktadır ve Sağlık Bakanlığı yayınında bu kriterleri bizzat kendisi sıralamıştır:

- Önlenebilir kanserleri önlemek,
- Tedavi edilebilir kanserleri tedavi etmek,
- İyileştirilebilir kanserleri iyileştirmek,
- Palyasyon gerektiğinde uygulamak.

Raporda kanserin "önlenebilir" bir hastalık olduğu yalnızca bir kez, bir tümce içinde yer almaktadır. Yine kanser etyolojisinde çevresel faktörlere maruziyetin bulunduğu gerçeğine de yalnızca bir kez ve yine bir tümce içinde yer verilmiştir.

Salt bu tutum dahi AKP'nin kanserle mücadelede önleyici tedbirlere ağırlık vererek Türkiye'de kanser insidansını azaltmaya yönelik bir strateji yerine kanser hastalarını teşhis ve tedaviye ağırlık verdiğini göstermek için yeterlidir. Nitekim kanser alanında önleyici hizmetlere yönelik KETEM merkezleri her 250 bin kişilik nüfusa 1 adet KETEM açılması şeklinde planlanmıştır. 2015 sonuna kadar toplamda 280 adet KETEM açılması planlanmaktadır (ancak halen KETEM sayısı 126'dır ve son bilgiler bu hedefin 2018 sonuna ertelendiği yönündedir). KETEM'ler bölgesel farkındalık ve eğitim faaliyetleri ile toplum tabanlı davet usulü ile kolorektal kanser, meme kanseri ve servikal kanser taramalarını yerine getirecektir.

Aynı tutum Türkiye'nin tıbbi teknolojideki araştırma ve geliştirme etkinliklerinde de kendisini göstermektedir. Gazi Üniversitesi bünyesinde Tıp Fakültesi ile Elektrik-Elektronik Mühendisliği Bölümü arasında bilimsel işbirliğini arttırmak maksadıyla "Biyomedikal Kalibrasyon ve Araştırma Merkezi" (BİYOKAM) kurulmuştur. Merkezde tıbbi teknolojiyi geliştirmeye yönelik araştırma ve geliştirme etkinlikleri şöyle özetlenmiştir:

Araştırma Projeleri:

Hastanın Medikal Ölçüm Bilgilerini İnternet Üzerinden Yollayan Taşınabilir Ölçüm Cihazı: Projenin amacı, hastanın tıbbi ölçüm bilgilerinin (ABR verileri) taşınabilir bir cihaz vasıtasıyla internet üzerinden bilgi depolama sistemine gönderilmesini sağlamak ve bu bilgileri anında veya daha sonra doktorun hizmetine sunmaktır.

Lisans Bitirme Projeleri:

- EKG-EMG-EEG sinyallerine yönelik biyopotansiyel yükselteç tasarımı
- Kalp atım analizörü tasarımı
- EKG simülatörü tasarımı
- İşitme cihazı tasarımı
- İşitme test cihazı tasarımı
- Koklear implant cihazı tasarımı
- Nebülizör cihazı tasarımı

Yüksek Lisans ve Doktora Düzeyinde Yapılan ve Devam Eden Çalışmalar:

- Mamografi görüntülerindeki mikrokalsifikasyonların bilgisayar yardımıyla belirlenmesi sonucu meme kanserlerinin erken tanısına yönelik tekniklerin geliştirilmesi
- Koklear implant cihazlarına yönelik olarak periferik gürültüyü önlemeye yönelik ansal çalışan filtre algoritmalarının tasarımı (Nucleus Firması ile ortaklaşa yürütülen uluslararası bir araştırma projesidir)
- Ultrason dalgalarının oluşturduğu ısı etkisinin doku üzerindeki zararlarının araştırılmasına yönelik olarak fareler üzerinde yapılan çalışmaların biyokimyasal ve histolojik sonuçlarının değerlendirilmesi
- ABR cihazı ile ABR verilerinin internet üzerinden gönderilmesine yönelik cihaz tasarımı

Görüldüğü gibi yürütülen etkinlikler neredeyse tamamen tedavi hizmetlerinde kullanılan teknolojilere yöneliktir. Bu durum rastlantısal değil, “bilinçli” bir tercihin ürünüdür.

SONSÖZ

Oldukça geniş bir konu olan ve birçok alanla yakından ilişkisi bulunan tıbbi teknoloji konusunu ana başlıklarıyla ele almaya çalıştığımız bu materyalde birçok noktayı eksik bırakmak zorunda kaldık. Bu nedenle elinizdeki materyali tıbbi teknolojinin politik ekonomisine bir "giriş" olarak değerlendirmek gerekir. Konu daha derinlemesine ele alınmaya ve irdelenmeye muhtaçtır.

İlkesel olarak tıbbın "önleyiciliğe" öncelik vermesi ve hastalıkların içinde oluştuğu ve geliştiği sosyal ve ekonomik koşullara hitap etmesi her konuya olduğu gibi tıbbi teknolojiye de yaklaşımda temeldir. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde teknolojinin insanları teknolojiye "bağımlı" hale getirmekten çok "güçlendirici" bir işleve sahip olması, teknolojiye gereksinim duyan herkesin eşit olarak erişebilmesi esas alınmalıdır. Sağlık hizmetleri teknolojiye bağımlı olmamalı, teknoloji sağlık hizmetlerinin etkinliğinin arttırılmasına hizmet etmelidir.

Günümüzde geçmişteki "mikrop kuramının" yerini alan "gen kuramı" da her hastalık için bir "gen" aramakta, sağlık sorunlarının çözümü için "sihirli mermi" (magic bullet) üretmeye çabalamaktadır. Sağlık sorunlarının çözümünü teknolojideki ilerlemelere bağlamak yerine, sağlık sorunlarının kaynaklarına yönelik tıbbi ve tıp dışı müdahalelerde aramak gerekir ve bu süreçte teknolojiden olabildiğince yararlanırken asla arabayı atın önüne koşmamaya özen gösterilmelidir.

Son olarak "maliyet – etkililik" kültünün temel varsayımı olan kaynakların kıtlığı ve insan gereksinimlerinin sınırsızlığı hurafesine karşı etkin bir mücadele yürütülmelidir. Herhangi bir tıbbi teknolojinin "maliyet – etkililiği" üzerine kılı kırk yaranların, askeri teknolojiler söz konusu olduğunda bu kavramı hiç akıllarına getirmemeleri sorunun "kaynak" sorunu olmadığının en açık kanıtıdır. Yine 2008 krizinde batık şirketleri kurtarmak için yürürlüğe konan "parasal genişleme" uygulaması, istenildiğinde kaynak yaratmanın o kadar güç olmadığını kanıtlamıştır.

Akif Akalın

Toplumcu Tıp. https://toplumcutip.blogspot.com/2016/02/tbbi-teknolojinin-politik-ekonomisi.html

KAYNAKLAR

AHA. (2015). Future vaccine may help lower blood pressure long-term. http://newsroom.heart.org/news/future-vaccine-may-help-lower-blood-pressure-long-term?preview=3056

Akalın, M.A. (2013). Toplumcu Tıbba Giriş: Toplumcu Tıp Ders Notları. İstanbul: Yazılama Yayınları.

Akalın, M.A. (2015). Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım. İstanbul: Yazılama Yayınları.

Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı. (2012). Tıbbi ve Medikal Aletler Sektör Raporu. BAKA. Aralık – 2012. http://www.baka.org.tr/uploads/1357649606TiBBi-VE-MEDiKAL-ALETLER-SEKTOR-RAPORU-5ARALiK.pdf

Begley, S. (2013). Think preventive medicine will save money? Think again. Jan 29, 2013. http://www.reuters.com/article/us-preventive-economics-idUSBRE90S05M20130129

Belek, İ. ve ark. (1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. 2. Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.

Belek, İ. (2009). Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü. 3. Baskı. İstanbul: Yazılama Yayınları.

Brown, E.R. (1979). Rockefeller Medicine Man: Medicine and Capitalism in America. California: University of California Press.

Callahan, D. (2003). Medical Technology, Innovation, and the Nature of Medical Progress. http://www.nihcm.org/pdf/Callahan.pdf

Cardenas, A. (2009). The Cuban biotechnology industry: innovation and universal health care. Cambridge: The Academic-Industry Research Network.

Davenport, L. (2015). Cuba Developed a $1 Lung Cancer Vaccine but We Can’t Have It. Walking

Times. September 29, 2015. http://www.wakingtimes.com/2015/09/29/cuba-developed-a-1-lung-cancer-vaccine-that-works-but-we-cant-have-it/

Eng, T.R. (2005). Emerging Technologies for Cancer Prevention and Other Population Health Challenges. Journal of Medical Internet Research, 7(3): e30.

Erdemir, D.A. (2006). İleri teknoloji Tıbbı ve Tıp Etiği. Medimagazin. 18 Eylül 2006.

Feenberg, A. (1991) Critical Theory of Technology. New York: Oxford University Press.

Felipe, K. ve León, N.B. (2015). Cuba offers the world healthcare alternatives. Granma International, Nov 17, 2015. http://en.granma.cu/cuba/2015-11-17/cuba-offers-the-world-healthcare-alternatives

Gomes, L. (2012). How Technology Can Improve Health Care. Stanford Business. http://www.gsb.stanford.edu/insights/how-technology-can-improve-health-care

Kalkınma Bakanlığı (2014). Onuncu Kalkınma Planı 2014 – 2018. Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Malzeme Çalışma Grubu Raporu. Ankara. http://www.seis.org.tr/docs/daha-cok-uretmeliyiz/kalkinma-plani/tibbi-cihaz-ve-tibbi-malzeme-calisma-grubu-raporu.pdf

Karagöz, İ. ve Taplamacıoğlu, M.C. (2005). Tıbbi Teknolojiye Yönelik Ürün Geliştirilmesinde Tıp ve Elektrik-Elektronik Mühendisliği Eğitimlerinin Ortak Çıktıları. EEBM Eğitimi 2.Ulusal Sempozyum Bildiriler Kitabı.

Katz, D.L. (2009). Preventive Medicine, Integrative Medicine and the Health of the Public. Commissioned paper for Institute of Medicine (IOM) of the National Academies. Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public.
http://iom.nationalacademies.org/~/media/Files/Activit%20Files/Quality/IntegrativeMed/Preventive%20Medicine%20Integrative%20Medicine%20and%20the%20Health%20of%20the%20Public.pdf

Koriyama, H. ve ark. (2015). Long-Term Reduction of High Blood Pressure by Angiotensin II DNA Vaccine in Spontaneously Hypertensive Rats. Hypertension, 66: 167 – 174.

Marmot, M. ve Wilkinson, R.G. (Ed). (2009). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. İstanbul: İnsev.

Marx, K. (2011). Kapital. 1. Cilt. Ankara: Sol Yayınları.

Marx, K. (2011). Ekonomi Politiğin Eleştirisine Katkı. Ankara: Sol Yayınları.

Medimagazin. (2015). Doktorlar kolaya kaçıyor. 6 Kasım 2015. http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-doktorlar-kolaya-kaciyor-2-12-67606.html

Milliyet. (2015). Yerli Tıbbi Cihaz Sektörünün Bugünü ve Geleceği. Milliyet Gazetesi. 3 Eylül 2015. http://www.milliyet.com.tr/yerli-tibbi-cihaz-sektorunun-bugunu-samsun-yerelhaber-955396/

Mokyr, J. (1997). The Political Economy of Technological Change: Resistance and Innovation in Economic History. Berg, M. ve Bruland, K. (1998). Technological Revolutions in Europe. Cheltenham: Edward Elgar Publishers içinde.
http://faculty.wcas.northwestern.edu/~jmokyr/Berg.pdf

Nakagami, H. ve Morishita, R. (2015). Development of DNA vaccines as an anti-hypertensive therapy or for anti-angiogenesis. Expert Opin. Biol. Ther.215(3): 431 – 436.

Navarro, V. (1976). Medicine Under Capitalism. New York: Neale Watson Academic Publications.

Noble, B. (2015). 11 Facts About Cuba's Lung Cancer Vaccine. Newsmax. 25 Sep. 2015. http://www.newsmax.com/FastFeatures/lung-cancer-vaccine-Cuba/2015/09/25/id/693269/

Özlü, T. (2007). Tıbbi teknoloji varken kim anamnez almakla uğraşır?. Medimagazin. 21 Mayıs 2007.

Pecquet, P. (2002). Medical Technology and the State. Foundation for Economic Education. http://fee.org/freeman/medical-technology-and-the-state/

Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011 – 2023. SB Yayın No: 836. Ankara.
http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/c0fab3865fb04879921d2bb7ce56b8d9.pdf

Sayek, F. (1995). Sağlık alanında uygun teknoloji kullanımı ve teknoloji değerlendirmesi. Toplum ve Hekim, 10(66): 75 – 78.

Stern, D.A. (2015). Innovation under Regulatory Uncertainty: Evidence from Medical Technology. Harvard Business School. Working Paper: 16 – 005. http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/16-005_bbf7d434-a9e6-4190-b260-e2869cd36347.pdf

Şemin, S. ve Amato, Z. (1995). Tıbbi Teknoloji Üzerine Genel Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim, 10(66): 44 – 53.

Waitzkin, H. (1979). A Marxian interpretation of the growth and development of coronary care technology. American Journal of Public Health, 69: 1260 – 1268.

Waitzkin, H. (2000). The Second Sickness – Contradictions of Capitalist Health Care. 2.nd Ed. New York: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Waitzkin, H. (2011). Medicine and public health at the end of empire. Colorado: Paradigm Publishers.

Willis, V. (2010). Socialism and Technology: A Sectoral Overview. Eco-socialism as Politics: Rebuilding the Basis of Our Modern Civilisation (Ed. Qingzhi Huan) içinde. http://www.cnsjournal.org/wp-content/uploads/2014/09/Wallis.17.2-Jun.06.pdf

Yayla, M. (2007). Kadın-doğum uygulamalarında gereksiz testler. http://muratyayla.com

Yeldan, E. (2011). Sağlıkta Kapitülasyon Süreci. Cumhuriyet. 21.12.2011. http://www.cumhuriyetarsivi.com/katalog/192/yazar/261-E%20%C7+YELDAN/2011/12/21.xhtml

MARKSİZM HASTALARI İYİLEŞTİRECEK
FRIDA KAHLO – 1954

Frida Kahlo tablosunda *geleceğin dünyasını tahayyül ediyor*. En üstte kanatlarını alabildiğine açmış beyaz bir güvercin var. Kanadının birinin hemen altında masmavi bir dünya görünüyor. Yine masmavi bir gökyüzü ve parlayan bir güneş var.

Güvercinin diğer kanadının hemen ucunda Marx görünüyor. Bir eli kapkara bir kuşun, başında fötr şapka olan bir burjuvanın boğazını sıkıca kavramış.

Ortadaki ise hasta ve büyük bir korse takmış. Korsesinin üzerinde Marx'ın kocaman eli bulunuyor. Frida elinde kırmızı kaplı bir kitabı sıkıca tutuyor. Komünist Manifesto mu acaba, ne dersiniz? Diğer elinin ortasında bir göz ve Frida'nın kolu da Marx'ın diğer kocaman elinin içindedir.

Karşıdan baktığımızda resmin sağ tarafı soluk ve kanlı eski dünyayı, sol tarafı ise capcanlı yeni bir dünyayı sembolize ediyor.

Büyük insanlık Marksizmi rehber edinip dünya üzerinde sömürüye son verdiğinde, Kahlo'nun vurguladığı gibi hastalar da iyileşecektir. Yaşam da ölüm de işte o zaman eşit olacaktır.

Kaynak: Soner Güven, "*Marksizm Hastaları İyileştirecek" ve Frida Kahlo*, 2 Ekim 2022, https://marksist.net/node/7762